

博士学位請求論文

指導教員 朴 光駿 教授

介護保険制度と障害者福祉制度の
「制度間調整」に関する研究

—介護保険優先原則をめぐる「浅田訴訟」を手掛かりに—

佛教大学大学院
社会福祉学研究科社会福祉学専攻
孔 栄鍾 (KONG YOUNGJONG)

目 次

序 章 研究の所在と研究の枠組み

第1節 問題状況、背景および研究の所在	1
1. 問題状況 1	
2. 問題の背景 3	
3. 問題の所在 5	
第2節 先行研究の検討	6
第3節 研究の目的および研究方法、論文の構成	8
1. 研究の目的と方法 8	
2. 論文の構成 10	

第1章 介護保険制度と障害者福祉制度との史的関係

第1節 戦後の高齢者福祉政策と障害者福祉政策の展開	12
1. 介護保険法の創設までの経緯 12	
2. 障害者福祉政策の展開 14	
3. 高齢者福祉政策と障害者福祉政策との関係をめぐる議論 16	
第2節 介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係	19
1. 介護保険制度の施行と厚生労働省の「2000年通知」 19	
2. 障害者自立支援法の成立と厚生労働省の「2007年通知」 21	
3. 障害者自立支援法違憲訴訟と介護保険優先原則 25	

第2章 介護保険優先原則をめぐる問題状況：「浅田訴訟」の展開とその意義

第1節 介護保険優先原則をめぐる問題状況	29
1. 実態調査から見られる問題状況 29	
2. 事例から読み解く問題状況 37	

第2節 「浅田訴訟」の経緯と展開 42

1. 訴訟に至るまでの経緯 42
2. 審査請求と弁明書および裁決書の検討 45

第3節 「浅田訴訟」の判決とその意義 49

1. 争点の整理 49
2. 判決の検討 51
3. 「浅田訴訟」の意義と課題 54

第3章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の在り方に関する考察

第1節 「制度間調整」概念の理論的考察と「制度間調整モデル」の検討 57

1. 「制度間調整」概念の理論的考察 57
2. 「重複」と「漏れ落ち」の検討 60
3. 「制度間調整モデル」の検討 64

第2節 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の必然性とその在り方
..... 68

1. 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の必然性 68
2. 「重複調整」と「補完調整」の観点から見た「制度間調整」の在り方 70
3. 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」における課題 73

第4章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」に関する政策提言

第1節 今までの政策提言と近年の政策動向 77

1. 今までの政策提言 77
2. 近年の政策動向 79

第2節 韓国の事例 82

1. 韓国における問題状況 82
2. 問題解決に向けた議論と取り組み 85
3. 日本への示唆 90

第3節 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」に関する政策提言	
.....	91
1. 改善方策	91
2. 政策提言	93
終 章 研究のまとめ	
第1節 結論	98
第2節 本研究の限界と今後の課題	100
謝 辞	104
参考文献	105

序 章 研究の所在と研究の枠組み

第1節 問題状況、背景および研究の所在

1. 問題状況

以下は、2018年3月14日に開かれた、いわゆる「浅田訴訟」(2013年〔行ウ〕第16号行政処分取消等請求事件)に関する岡山地方裁判所の判決要旨の一部である。

本件¹において、本件申請に対して不支給決定をした場合、原告がその生活を維持することは不可能な状態に陥ることは明らかであったというべきであることや、原告が自立支援給付の継続を希望し、本件処分に至るまでに介護保険給付に係る申請を行わなかったことには理由があるというべきであることからすれば、岡山市長としては、本件申請に対する自立支援給付決定をした上で、引き続き、原告の納得が得られるよう、介護保険給付に係る申請の勧奨及び具体的な説明を行うべきであったといわざるを得ず、本件処分は、自立支援法7条の解釈・適用を誤った違法 (傍点筆者) なものというべきである。

この訴訟は、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる問題状況を表す代表的な事例といえる。障害者自立支援法(現行の障害者総合支援法)第7条には、介護保険法の介護給付から障害者自立支援法の自立支援給付に相当するサービスを受け、または利用できるときには自立支援給付を行わないことが明記されている。この規定により、障害者は65歳(あるいは40歳以上65歳未満であって特定疾病に該当する場合)になることで、介護保険制度の対象となり、介護保険法による介護サービスが優先適用されることと

¹ 本件とは、2012年11月29日付けで岡山市長に障害者自立支援法第20条1項に基づく介護給付費の支給等の申請(以下、本件申請)をした原告(浅田達雄)が、岡山市長から、本件申請に対し、2013年2月12日付けで介護給付費不支給決定(以下、本件処分)を受けたことに関して、本件処分は違法であると主張し、本件処分の取り消しと介護給付費支給決定の義務付け、損害賠償などを求めた事件である。詳しくは、第2章の第2節を参照。

なっている。これが、いわゆる障害者の「65歳問題」または「介護保険優先原則」と呼ばれるものである。

近年、岡山市における「浅田訴訟」をはじめ、一宮市での「舟橋訴訟」や千葉市での「天海訴訟」など、障害当事者による各自治体への訴訟とそれにかかわる障害者運動が全国各地に広がっており、介護保険優先原則をめぐる問題状況がクローズアップされている。これらの訴訟では、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係の運用において、サービス支給決定の主体となっている自治体の恣意的な判断や、それに基づいた行政処分による一律的な介護保険制度への移行などが主な問題として提起されている。しかし一方で、政府（厚生労働省）が通知や事務連絡などを通じて、表面的には制度の運用に関する「適切な判断」を自治体に要求しながらも、実際には介護保険を優先せざるを得ない仕組み（国庫負担基準など）を設けており、しかもその責任をすべて自治体に転嫁していることも看過できない問題である。この矛盾する政府の姿勢を考えれば、介護保険優先原則をめぐる議論は、自治体の間違った裁量判断を指摘するだけでは終わらない、より大きな政策課題が絡み合っている事案であるといえる。

厚生労働省は、障害者自立支援制度の施行後となる2007年3月に、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（以下、2007年通知）と題する通知を各自治体に発信し、介護保険優先の捉え方などに対する考え方を明らかにしている。そこで厚生労働省は、市町村が障害者の個別ケースに応じて適切に支給決定を行うよう周知徹底を求めている。しかし、この通知の冒頭には、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付については、法第7条の他の法令による給付との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付が優先されることとなる」と、介護保険優先が原則であることを強調している。また、「本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言であることを申し添える」と、あえてその限界を示している。結局、2007年通知は、表面的には一律的な介護保険の優先適用を否定しながらも、介護保険優先という法律上の規定のもと、最終的な判断は自治体に委ねられていることを再度確認させるものにすぎず、その結果、上述のような「自立支援法7条の解釈・適用を誤った違法」が起きたのである。

このような状況を踏まえてみれば、現に表れている介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる諸問題を解決するためには、自治体の「適切な判断」の判断基準を改めると同時に、政府の「適切な介入」を求めていくことが重要な課題となる。

2. 問題の背景

介護保険優先の考え方は、介護保険制度が導入された 2000 年当初から、介護保険制度と他制度との関係を調整する際に一般的に適用されていた。介護保険制度と障害者福祉制度の間にも、当時にはその根拠となる法律上の規定は定められなかったものの、厚生労働省は「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」（以下、2000 年通知）と題する通知を通して、介護保険優先の旨を示していた。しかし、当時には、これに対する大きな問題提起はなされていなかった。それでは、なぜ近年において、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における障害者の 65 歳問題、いわゆる介護保険優先原則の問題が表面化しているのか。ここでは、その背景について検討してみる。

まず、近年において、障害者の高齢化とともに一人世帯の増加が加速していることで、障害者の自立生活へのニーズも拡大しつつあり、それに伴う在宅サービスへの需要が大幅に高まっている現状が挙げられる。内閣府の『2018 年版障害者白書』によると、2016 年の在宅身体障害者は 428 万 7000 人に上り、そのうち 311 万 2000 人が高齢障害者²である。そして、その割合は 2006 年 61.8%、2011 年 68.7%、2016 年 72.6%と年々増加している。また、在宅知的障害者に占める 65 歳以上の割合も、2005 年には 3.7%にとどまっていたが、2011 年に 9.3%、2016 年には 15.5%まで大幅に増加している。なお、このような在宅高齢障害者の増加とともに、障害者福祉制度による在宅サービスの利用者数も増加傾向を示している。厚生労働省の資料によると、自立支援給付の年間予算は、2005 年の 3947 億円から 2013 年の 8229 億円に 2 倍以上増額している。とくに、重度訪問介護の利用状況（2008 年から 2012 年までの比較）では、重度訪問介護の年平均の増加率は、利用者数が 6.1%、事業所数が 8.4%、総費用額が 14.6%であり、毎年度増加しているのである。

次に、障害者福祉制度の発展過程において、当事者の福祉サービスに対するニーズと権利意識が向上してきた経緯が挙げられる。従来の障害福祉サービスは、措置権者としての市町村が行う行政処分に基づいて提供される措置制度であった。つまり、当時の利用者には、福祉サービスの利用に関する選択権が与えられていなかったのである。それが、利用者の選択による福祉サービスの提供と利用者に対する個別給付を標榜する支援費制度（20

² 65 歳以上の障害者を称する用語としては、「障害老人」「高齢の障害者」「高齢障害者」など多様に使われており、障害者の加齢（aging with disability）と加齢に伴う障害（disability with aging）を区分して表現することもある。ここでは、65 歳以上の障害者を「高齢障害者」に統一して表現することにし、区分が必要な時には説明を加える。

03) の創設により、既存の行政による措置制度から利用者の希望に基づいてサービスを選択する契約制度に変わり、障害者一人ひとりのニーズに即した福祉サービス提供の具現化が図られた。しかし一方で、この時期は、障害者福祉制度の介護保険制度への統合を想定した議論も進められていた時期であった。結果的には、介護保険制度との統合議論は延期されたものの、2005 年に新しく制定された障害者自立支援制度では、障害程度区分（現、障害支援区分）や利用者負担として応益負担を導入するなど、介護保険制度との統合を念頭においた仕組みが設けられた。その後、障害者自立支援制度をめぐる障害当事者の全国的な抗議運動が始まり、2008 年には障害者自立支援法違憲訴訟を起こすことで、結果的に障害者自立支援制度を廃止させた。

それを可能にした背景には、1960 年代後半からとなる自立生活運動を契機として、障害者自らが声を出してきた歴史がある。また、障害者福祉制度の発展過程に内在する障害当事者の充実した福祉サービスへのニーズや福祉に対する権利意識の向上により、その声がさらに拡張してきている。実際に、「浅田訴訟」の原告である浅田達雄氏も、訴訟を決心した主な理由として、障害者自立支援法違憲訴訟を言及しながら、「71 人の仲間ががんばって勝ち取ったことを無駄にはしたくはありません」³と語っている。また、「浅田訴訟」の原告弁護団長の呉裕麻弁護士も、「障害者自立支援法違憲訴訟の成果が今回の判決につながっている。地域、全国でのたたかいと過去・未来、現在がつながっていることを示した判決だ」⁴と語っているのである。

反面、新自由主義的な社会政策が進む中で、社会福祉基礎構造改革のもとで進められてきた福祉の縮小や福祉の保険化などの構想は現在も進行中である。例外もなく、障害者福祉制度においても、それらの実現に向けた政策的な取組みが進められている。障害者福祉制度を介護保険に統合させようとする議論の中で策定された障害者自立支援制度は、まさにそのような狙いが盛り込まれた制度であったといえる。そして、障害者自立支援法に規定された第 7 条（いわゆる介護保険優先原則）も、その要素の一つとして捉えられる。「基本合意文書」⁵において介護保険優先原則の廃止を明記したにもかかわらず、新設された障害者総合支援法に同規定をそのまま残しているが、このことから、介護保険制度と障害者福祉制度が完全に二分化されることを阻止するための措置であることがうかがえる。

³ 「平成 25 年(行ウ)第 16 号 行政処分取消等請求事件意見陳述書」の 2 頁。

⁴ 『しんぶん赤旗』(2018 年 12 月 14 日)。

⁵ 2010 年 1 月 7 日に、障害者自立支援法違憲訴訟の原告団・弁護団と厚生労働省が取り交わした文書である。

整理すると、近年において加速している障害者の高齢化に伴い、福祉サービスへのニーズと需要が拡大してきた。また、障害者福祉制度の発展とともに拡張されてきた障害当事者の福祉サービスへの権利意識が、利用者の生活やニーズに合った福祉サービスの要求運動を促している。さらに、障害者自らが、訴訟などのより積極的な当事者運動を起こすことによって、政府の福祉抑制的な政策取組みのもとで生じている具体的な問題状況が表面化しているのである。

3. 問題の所在

介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる問題を考察する際には、まず、そもそも「なぜ両制度間の適用関係に関する調整が求められるのか」という命題を検討する必要がある。朴（1999）は、ある制度が新設されたとき、その制度が対象とする人口層に対して、すでに他の制度による給付が提供されていた場合、給付の重複を避けるために新制度と旧制度間の役割分担を明確にする措置が必要になってくると指摘している。つまり、介護保険制度の創設とともに、他制度による給付との重複を避けるため、制度間の包括的な調整が必要になっていたのである。例えば、介護保険制度と老人保健制度との適用関係においては、老人訪問看護などのように重複する給付の場合、原則的に介護保険給付が優先となり、これは老人保健法の改正（第34条）により法制化された。また、医療保険制度における訪問看護など在宅サービスの場合も、介護保険給付への移行が健康保険法の改正（第55条）によって規定されたのである（朴 1999：135）。

介護保険制度と障害者福祉制度との関係においても、当時の厚生省による通知（2000年通知）を通して、両制度間における適用関係についての説明がなされていた。言うまでもなく、この2000年通知は、両制度における対象（高齢障害者）と給付（在宅サービス）が重複することを前提として、介護保険を優先とする適用関係を示したものであった。しかし、介護保険を優先とする給付となっていた在宅サービス（自立支援給付）が、実際に重複かつ相当するサービスの関係であるのかについては、十分な検討が行われていたとは思われない。これが、本研究における1つ目の問題の所在となる。ただし、2000年通知は、保険優先主義の下での制度運用に対する自治体へのガイドラインにとどまっていたもので、法律の改正のように両制度の適用関係を定める特別な措置（法制化）がなされたわけではない。また、前述したように、当時の障害者福祉制度は行政の判断により対象や給付を決め

る措置制度であって、利用者にはサービス利用への選択権が与えられていなかったため、当時にはこれらの事案が問題化されることはほとんどなかった。

それが、2003 年の支援費制度の施行によって状況は一変した。支援費制度において利用と給付の制度化が導入されることで、措置制度から契約制度へという大きな転換を迎えたのである。これにより、障害者福祉制度においても介護保険制度と同様に、利用者が必要なときに必要なサービスを申請する仕組みが設けられた。ただ、利用者負担については従来の応能負担が維持されたため、介護保険制度と障害者福祉制度との給付関係においては齟齬が残されていた。しかし、2005 年の障害者自立支援法の制定により応益負担が導入されることで、介護保険制度と障害者福祉制度の間には、ほぼ同じ給付の仕組みが設けられることとなった。このゆえに、改めて重複調整措置を必要とする環境が作られ、また障害者福祉制度の介護保険制度への統合路線と相まって、障害者自立支援法第 7 条（以下、支援法第 7 条）の規定により、介護保険優先が法制化されたと考えられる。

ところが、障害者自立支援法違憲訴訟を経て、新たに成立された 2013 年の障害者総合支援法では、利用者負担が従来の応能負担方式に戻り、介護保険制度と障害者福祉制度の間には少なくとも利用者負担において、再び齟齬が生じることとなった。したがって、改めて両制度間の適用関係に関する調整が検討されるべきであったが、障害者総合支援制度の施行後にも、しばらくの間それに対する特別な措置がなされることはなかった。すなわち、障害者自立支援制度から障害者総合支援制度への制度変更により、介護保険制度との調整が改めて必要になったものの、両制度の適用関係の再検討は行われておらず、支援法第 7 条のいわゆる介護保険優先原則の規定が障害者総合支援法にもそのまま残されているのである。本研究における 2 つ目の問題の所在はここにある。

第 2 節 先行研究の検討

介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における障害者の 65 歳問題あるいは介護保険優先原則に関する問題への指摘は、障害者福祉領域を中心として多様に行われている。代表的には、山崎（2013；2017a；2017b）、吉野（2013；2018；2019）、三橋（2013）、西村（2015）などがあり、これらは主に介護保険優先原則の適用に伴う問題の実態を明らかにし、その原因となる現行制度の制度的欠陥を指摘しながら、制度の改善を求めている。

具体的に、山崎（2013；2017a；2017b）は、様々な事例や実態調査の資料を取り上げつつ、障害者福祉制度から介護保険制度へのサービス移行により、サービス量の減少、利用者負担の増加、環境変化への不適応に伴う生活状況や症状の悪化などの諸問題が生じていると指摘している。また、吉野（2013；2018；2019）は、介護保険優先原則をめぐる代表的な事例である「浅田訴訟」の支援者として直接訴訟にかかわりながら、その過程で確認された問題の実相を明らかにし、障害者の人権保障の観点から制度改善を訴えている。

ただし、これらの多くは、学術的な研究というより、障害者の65歳問題あるいは介護保険優先原則をテーマに取り上げた特集として、問題状況を明らかにし、議論の必要性を訴える雑誌の寄稿文であるといえる。もちろん、これらの蓄積を通して具体的な実態や問題所在の把握、障害当事者やその家族のニーズなどに関する情報収集が可能になることは言うまでもない。しかしながら、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係について、制度の改善方策を探るために必要な政策的アプローチに着目した研究が脆弱であることも事実である。

一方、荻原（2015a；2015b）の研究は、介護保険制度と障害者福祉制度の発展過程における両制度間の関係性に着目して、その関係から表れる諸問題を分析し、それらに対する政策課題の考察を行っている。具体的には、介護保険制度と障害者福祉制度との関係において、介護保険優先原則が障害者自立支援法で規定されたのに対し、その運用に関する厚生労働省の考え方を示した2007年通知は地方自治法上の技術的な助言にとどまっているため、自治体の状況や判断によってはサービスの内容が大きく異なる場合があり、むしろ法律上の介護保険優先原則という規定が供給者中心の判断を促していると指摘した。また、自治体の供給者中心の判断を促すもう一つの背景として、現行の国庫負担基準を取り上げつつ、財政面で介護保険優先原則を促す大きな誘因策となっている現状を明らかにした。そして問題の解決策として、介護保険優先原則を廃止し、サービスの選択と併用を法律で明文化する必要性などを提示している。

介護保険制度と障害者福祉制度との制度調整に関する学術的研究としては、この研究が唯一である。それ以外に、伊藤（2013；2016）の研究では、現在の日本における社会保障全般の問題を指摘しながら、新たな障害者と高齢者の福祉政策として、「障害者高齢者総合福祉法」というラディカルな政策案を提案するなど、広義の政策的アプローチも存在している。これらの研究は、本研究において多くの参考になっている。

しかし、これらの研究さえ、なぜ介護保険制度と障害者福祉制度との関係において調整が必要になるのかという本質的な観点からの検討が不十分であり、またこのような制度間の調整が具体的にどのような基準を持ってどのように行われるべきなのかについての理論的な説明が不在していることも、限界として残っている。さらに、これらの研究が行われた時点が、介護保険優先原則をめぐる問題解決への手掛かりになりうる「浅田訴訟」の判決が出される前であり、最近の制度変化や政策動向などを踏まえた研究が続けられていないことも、後続研究課題として残されている。

第3節 研究の目的および研究方法、論文の構成

1. 研究の目的と方法

前述したように、現行の介護保険制度と障害者福祉制度の適用関係においては、障害者が65歳になることで、すでに受給していた障害福祉サービスを後回しにして、介護保険サービスへの転換が強要される、いわゆる「介護保険優先原則」という仕組みが働いている。近年、これに反発する当事者や支援者などが、全国の各地域で自治体を相手に提訴ないしその準備を進めており、当事者運動や集会などを介して制度の改善を求めている。

一方、これまでの介護保険優先原則をめぐる議論や先行研究の多くは、障害者の65歳問題という年齢による差別の問題、またはそれにより生じる生活問題の実態から生存権の侵害を訴えるなど、当事者や支援団体による経験的アプローチが主となっている。だが、政策的改善を求める際には、現行制度の問題点をより具体的に示さなければならない。すなわち、介護保険優先原則が持つ根本的な矛盾を明らかにするための理論的な考察や、問題状況の解決に向けた政策課題を導出するための政策的アプローチなどが必要となる。介護保険制度と障害者福祉制度の間になぜ関係調整が必要になったのか、どのような基準をもって関係調整が行われてきたのかなどに関する検討が求められるのである。しかしながら、この問題に対する研究者による学術的・政策的アプローチは非常に乏しいのが現状である。

以上を踏まえ、本研究では、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に関する議論や問題状況を把握しながら、この問題にかかわる代表的な事例として、「浅田訴訟」の意義と課題を考察する。なお、それを手掛かりに、制度間調整に対する理論的検討を行いつつ、「制度間調整モデル」の構築を試みる。その上で、「制度間調整モデル」に基づいた介護保

険制度と障害者福祉制度の制度間調整に関する在り方を考察し、問題解決に向けた政策的課題を導出することを本研究の目的とする。とくに、「制度間調整」という概念の再検討を行い、政策的・理論的原理を模索することは、試論的研究として重要な意義を持つものと考えられる。そして、本研究を通して導出される政策課題は、介護保険制度と障害者福祉制度との関係だけではなく、今後の多様化する福祉関連の諸制度間の関係を定立する際にも重要な研究素材になることが期待される。

本研究における主な論点は、以下の3点である。

論点①：介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる争点とは何か。

論点②：介護保険制度と障害者福祉制度の間になぜ制度間調整が必要となるのか。

論点③：どのような基準によるどのような形での制度間調整が求められるのか。

このような研究目的の達成のために、本研究では文献研究方法を用いて研究を進めていく。先行研究だけではなく、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に係る政府文書、関連法律、関連団体による調査報告書や事例集なども主な分析の対象となる。さらに、関連訴訟に係わる当事者運動や集会などに直接参加して確認した内容並びに手に入れた資料なども、分析の範囲に含まれる。

一方、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる政策的課題を導出する際に、それに関連する日本国内の先行研究が非常に少ない状況の中で、韓国で行われている研究や議論、政策動向などは参考になりうる。障害と高齢に対する社会文化的認識や関連福祉制度、障害者の高齢化という人口構造の変化などに深い類似性のある韓国においても、同様の問題が指摘されているためである。韓国の障害者活動支援法（障害者総合支援法に該当する。）では、利用対象を65歳未満とする年齢制限を設けており、そのため、障害福祉サービスを利用していた障害者が65歳に達すると、一律に老人長期療養保険法（介護保険法に該当する。）に基づく長期療養サービスの対象となるのである（孔ほか2018：10）。

以上の理由から、本研究では日本国内の文献だけではなく、韓国の関連文献や政策動向までを含めて検討を行うことにする。

2. 論文の構成

本研究は、序章と終章を除き、以下の4つの章から構成されている。

第1章 介護保険制度と障害者福祉制度との史的関係

第2章 介護保険優先原則をめぐる問題状況：「浅田訴訟」の展開とその意義

第3章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の在り方に関する考察

第4章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」に関する政策提言

まず「第1章」は、介護保険制度の導入から現行の障害者総合支援制度に至るまで、介護保険制度と障害者福祉制度の史的関係を追跡する内容である。障害者福祉制度の発展段階としては、支援費制度、障害者自立支援制度、障害者総合支援制度の3つの段階に基づいて検討を行う。その際には、それぞれの制度変更の内容だけではなく、制度変更の背景や、その中での介護保険制度との関係をめぐる議論なども具体的に検討する。また、政府（厚生労働省）による介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に対する通知や事務連絡などの内容を確認し、各文書の内容の変化やその特徴についても分析を行う。

次の「第2章」では、主に介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる問題状況を把握する。問題状況の把握においては、まず厚生労働省による実態調査を中心に分析を行う。また、関連報告書や雑誌、メディアなどで取り上げられた事例を検討し、より具体的な問題状況を把握する。なお、介護保険優先原則にかかわる代表的な事例として「浅田訴訟」の展開を検討し、その判決を分析することで、「浅田訴訟」の意義と課題について考察する。分析の資料としては、訴訟に至るまでの審査請求書、被告側（岡山市）の弁明書やこれに対する原告側の反論書、そして審査請求に対する岡山県の裁決書などを用いる。訴訟に関しては、訴訟が展開する中で出された支援団体の通信資料、訴訟に係る陳述書や照会事項、判決書などを重要な分析資料として取り扱う。

「第3章」においては、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整の在り方に関して考察する。まず、本研究のキーワードとして取り上げている「制度間調整」の概念を再検討し、その再定義を行う。そのうえで、前章で検討した「浅田訴訟」から導出された課題を踏まえつつ、「制度間調整モデル」の構築を試みる。この際には、「制度間調整」の中で重要な論点となる福祉サービスの「重複」と「漏れ落ち」という2つの概念の捉え方につい

でも論じる。そして、「制度間調整モデル」において、制度間調整の2つの軸となる「重複調整」と「補完調整」の観点から、現行の介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における制度間調整の課題を導出する。

最後の「第4章」では、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整にかかわる日本国内で行われた政策提言について検討を行う。また、近年の議論や政策動向を把握しつつ、その到達点と限界について述べる。さらに、類似した問題状況に置かれている韓国の事例を紹介し、高齢者福祉制度と障害者福祉制度との関係をめぐる争点を確認する。とくに、関連問題に関する具体的な議論と取り組み状況を検討することで、日本への示唆について考察する。そのうえで、日本における問題状況の改善に向けた介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整に関する政策提言を提示する。

第1章 介護保険制度と障害者福祉制度との史的関係

第1節 戦後の高齢者福祉政策と障害者福祉政策の展開

1. 介護保険法の創設までの経緯⁶

戦後日本では、1950年代後半から始まった高度経済成長とともに、社会保障制度審議会の1950年勧告⁷を基にして、社会保険、公的扶助、公衆衛生や医療、社会福祉などに大別される社会保障制度の充実が図られてきた。とくに、高齢者の介護をめぐる政策においては、高齢化が進み始めた1960年代から1970年代の初頭にかけて、大きな進展が見られた。まず、1963年7月に制定された老人福祉法により、訪問介護と特別養護老人ホームの法制化が進められた。また、「福祉元年」の1973年1月には、老人福祉法の一部改正により、70歳以上の老人医療費無料化が実現された。なお、同年には老齢年金給付が引き上げられ、施設サービスもさらに拡充されるなど、高齢者福祉政策における公的責任には一層の発展がみられた。

しかしながら、1973年秋の第一次石油危機を契機に、長年間続けられた高度経済成長の時代は終焉を迎えた。また、それに伴う日本経済の低迷は、福祉政策の進展にも歯止めをかけ始めた。大蔵省（現、財務省）を含め財政関係の政府審議会は、経済不況の対策として優先的に福祉政策の再構築の必要を提起しつつ、福祉の見直しを強く主張した。この「福祉見直し」論の一番の狙いは、老人医療費無料化を廃止するなど、福祉政策における公費支出を極力抑えることであった。さらに、福祉見直し論が高まった1970年代後半からは、政府の新たな福祉政策の方向として「日本型福祉社会」論が台頭した。1979年8月に閣議決定された「新経済社会7カ年計画」では、個人の自助努力と家庭を含む近隣社会の連帯および相互扶助を福祉実現の基礎としながら、政府は「適正な公的福祉を重点的に保障」という「日本型福祉社会」を今後の日本社会が進むべき基本的な福祉政策の方向として示したのである。この日本型福祉社会の実現は、福祉政策における公的責任の後退を意

⁶ この部分は、永和ほか（2009：47-79）の第3章「障害者介護政策のあゆみ」を参考にして作成。

⁷ 内閣総理大臣の諮問機関として1949年に設置された社会保障制度審議会による『社会保障制度に関する報告』（1950年10月16日）をいう。

味するものであった。

これを背景に、高齢者介護をめぐる福祉政策においても、日本型福祉社会の実現に向けた制度的変化が行われ始めた。1980年には、高齢者の施設介護における入所者本人および扶養義務者からの費用徴収制度が導入された。また、安価とされていた在宅介護を促すために、低所得世帯に限り無料で実施していた訪問介護を課税世帯まで拡大するなど、主に家庭を中心とした高齢者介護が急速に推進された。なお、1982年の老人保健法の制定により、老人医療費無料化は全面的に廃止され、新たな受益者費用負担制度が導入されることとなった。

しかし一方で、家族介護に依存して進められた日本型福祉社会の実現は、核家族化による家族形態や生活様式の変化など社会的変動を背景に行き詰まりを見せた。そのため、1980年代末からは政策の方向転換として高齢者介護の社会化問題が検討されるようになった。そして、1989年の消費税導入を契機に、同年の12月に厚生省・大蔵省・自治省の3大臣の合意のもとで「高齢者保健福祉推進10か年戦略」（ゴールドプラン）が発表され、地方自治体を中心とした「介護の社会化」が具現化された。

1990年からは、ゴールドプランを推進するための本格的な法整備が行われた。1990年6月には「老人福祉法等の一部を改正する法律」により、社会福祉関係八法が一括改正された。この改正により、在宅サービスに加え、施設サービスの支給決定に関する権限が都道府県から市町村に移譲されるとともに、全市町村において「老人保健福祉計画」の策定が義務づけられた。その後、ゴールドプランはその整備目標値をさらに引き上げ、1995年度からは「新・高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（新ゴールドプラン）の下で関連整備が行われるようになった。新ゴールドプランでは、①利用者本位・自立支援、②普遍主義、③総合的サービスの実施、④地域主義といった4つの基本理念が掲げられた。そして、これらの取り組みのもと、新しい体制の高齢者介護施策として、1997年12月に介護保険法が創設された。

介護保険制度の制定は、措置制度から利用契約制度へ、税方式から社会保険方式へ、応能負担から応益負担方式へ、社会福祉事業の規制緩和と市場競争原理の導入など、これまでの高齢者福祉政策の仕組みを大きく変えるものであった。政府にとっては、このような仕組みが、公費支出を極力抑制しながら「介護の社会化」を推進する方策として「きわめて有効である」と期待されていた。ゴールドプランが出された1990年は、日本の「バブル経済」が崩壊して経済不況が再び寄せられた時期であった。このような状況の中、基礎自

治体を保険者とする保険方式を導入することで、公的責任並びに公費支出を極力抑えつつ、安価の在宅サービスを中心として介護サービス量を大幅に増やすことに介護保険制度創設の最大の目的があった。なお、介護保険制度の施行は、高齢者介護をめぐる政策だけではなく、福祉政策全般の構造を変える政策転換の出発点でもあった。

2. 障害者福祉政策の展開⁸

終戦直後の 1946 年 11 月に公布された日本国憲法では、人々の生まれながらの平等権、生存権や労働権といった社会権を、個々人の基本的人権として保障するという国の義務が明記された。この憲法のもと、障害者に対する福祉政策も国の公的責任の下で行われるものとされ、障害者福祉に関する立法の必要性が高まっていった。これを背景に、障害者福祉にかかわる最初の法律として、1949 年に身体障害者福祉法が制定された。以来、1950 年に精神障害者を対象とした精神衛生法が成立され、1960 年には精神薄弱者福祉法が成立されるなど、障害種別に障害者関連法の整備が次々と進められた。

これらの障害者福祉関連法における対象は、各法の目的により限定的に規定されていた。当時の身体障害者福祉法の目的は、身体障害者の経済的自立のための更生を援助し、必要な保護を行うことであった。そのため、職業的能力を持つ、すなわち「更生」の可能性があると判断された身体障害者のみが福祉の適用対象として規定されていた。精神衛生法においても、その目的が精神障害者の医療と保護および予防にあったため、入院・治療による医療的保護が必要な精神障害者のみがその対象となっていたのである。

それが、1954 年の身体障害者福祉法の改正により、更生の概念が狭義の経済的自立から日常生活における自立までを含む概念として、より広く定義されることとなった。これにより、法の対象も職業的能力を持つ身体障害者から 18 歳以上の身体的障害を持つ者に拡大された。また、このような更生の概念は、1960 年に成立した精神薄弱者福祉法にも適用された。なお、1981 年の「国際障害者年」を契機として、1984 年の身体障害者福祉法改正では「更生の努力」が「自立への努力および機会の確保」へと変更され、「更生」に替わり「自立」が法の目的における重要な柱として位置づけられた。

その後、1990 年の身体障害者福祉法の改正においては、「身体障害者の自立と社会経済

⁸ ここからは、鈴木ほか（2006：98-107）の第 5 章 1 節「戦後障害者福祉法制の展開」を参考にして作成。

活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする」と、法の目的が大幅に修正された。そして、1993年に成立した障害者基本法では、制度上の身体・精神・知的といった三障害の統一が図られるとともに、1990年の身体障害者福祉法の改正に見られた「自立」と「社会参加の促進」が、障害者福祉政策全般の主な目的として位置づけられた。また、1987年に精神衛生法から名称が改められた精神保健法も、身体障害者福祉法改正の流れを受け、1995年に「自立」と「社会参加の促進」をその目的として取り入れた「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改定された。このように、障害者福祉関連法は、時代とともにその目的及び対象を拡張しながら展開されてきたのである。

ところで、1990年代は、地域福祉の強化に向けて一定の障害者福祉施策が進んだ時期であった。1990年代初頭には、身体障害者福祉法や知的障害者福祉法に在宅サービスが法定化されるとともに、サービス供給体系の地方分権化が本格的に進められた。1995年12月に決定された「障害者プラン」⁹では、「障害者が障害のない者と同等に生活し、活動する社会を目指すノーマライゼーションの理念の下」で、市町村を主体とする障害者施策の整備、社会的自立の促進、生活の質（QOL）の向上などが施策の重点として掲げられた。また、この推進体制の強化を図るため、1996年には厚生省大臣官房に障害保健福祉部が設置され、障害者福祉政策をめぐる今後の政策推進に関して本格的な議論が行われた。

半面、この時期はバブル経済の崩壊など経済不況が続く中で、徐々に構想されてきた社会福祉基礎構造改革が本格的に推進された時期でもあった。1997年8月に開催された「社会福祉事業等の在り方に関する検討会」を始め、同年11月には「社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）」が取りまとめられた。なお、1998年6月には「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」が公表された。このような社会福祉基礎構造改革は、これまでの福祉政策の方向性を大きく転換させるものであった。

社会福祉基礎構造改革では、サービスの利用者と提供者との対等な関係の確立、地域での総合的な支援、多様なサービス提供主体の参入促進、社会福祉費用の公平かつ公正な負担などを改革の理念としながら、社会福祉事業法をはじめとする関係法令の改正を含めた福祉政策の抜本的な改革が構想されていた。そして、これらの内容が盛り込まれて成立したのが介護保険制度であった。

⁹ 障害者プランは、「ノーマライゼーション7カ年戦略」を副題として、1995年12月に政府の障害者対策推進本部が発表した1996年から2002年までの障害者施策に関する計画である。

介護保険法が創設される際には、障害者福祉分野においても、社会福祉基礎構造改革にどのように対応すべきかが主な論点となっていた。それらを受け、1996年10月に身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会及び公衆衛生審議会精神保健福祉部会など、障害福祉関係3審議会合同企画分科会が設置され、障害者福祉政策全般における見直しのための総合的な審議が開始された。その後、14回にわたる審議が行われ、1997年12月にその中間的な報告として「今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）」が取りまとめられた。そこには、「障害者保健福祉サービスの市町村一元化」のもとで、利用者本位のサービス提供や応益負担方式の費用徴収方法など、介護保険制度と類似した仕組みの導入が検討されていた。

介護保険制度の施行直後となる2000年5月には、「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する法律案」が成立され、社会福祉事業法が社会福祉法に改正された。この法律を基にして、障害者福祉関係では身体障害福祉法、知的障害者福祉法及び児童福祉法の改正が行われた。以来、障害者福祉政策は、在宅サービスを中心とした福祉の拡充という政策発展とともに、福祉抑制的な仕組みの導入という政策後退が同時に進行される大きな転換期を迎えることになる。

3. 高齢者福祉政策と障害者福祉政策との関係をめぐる議論

上述したように、介護保険制度の制定が進められていた1990年代は、障害者福祉制度においても抜本的な改革が求められる時期であった。この時期において、特に注目されるのは、高齢者の介護をめぐる政策方向の転換が進められる中で、障害者施策においても障害者の高齢化をめぐる議論が始まったことである。1993年3月に出された「障害者対策に関する新長期計画～全員参加の社会づくりをめざして～」では、「人口構造の高齢化に伴い障害者の高齢化が進んできており、また、高齢者の中にも障害のある者が多くなっている。このような状況に即応した施策の展開に努める」と、障害者の高齢化への対応が政策課題として取り上げられていた。また、それに対する「施策の連携」では、「障害者対策と高齢者対策は、在宅サービスの提供等の分野において、重複することも多いので、障害者及び高齢者双方のニーズに応えていくために適切と認められる場合には、その施策の一体的な推進に努める」と、高齢者施策と障害者施策の統合的な検討に対する考え方が示されていたのである。

だが、1997年に創設された介護保険制度は、高齢者のみを対象としていたため、障害者施策とは二分化した形で施行に移った。これに関しては、1996年6月10日付に出された厚生省の報道発表資料を通して、その背景を確認することができる。「介護保険制度の創設に際して」と題する身体障害者福祉審議会の議事録（報道発表資料）では、「障害者施策のうち、介護ニーズへの対応について介護保険制度に移行することについては、1. 障害者施策が公の責任として公費で実施すべきとの関係者の認識が強い点、2. 身体障害者以外の障害者施策が一元的に市町村で行われていない点、3. 障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様であり、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要であること、4. 保険移行に当たっては、障害者の介護サービスをはじめとして現行施策との調整が必要と思われる点等など検討すべき点も少なくなく、また、これらの点についての関係者の認識も必ずしも一致していない」と説明している。そして、文書の最後には、「今回の介護保険の導入に当たっては、現行の身体障害者施策の体系と十分な調整が図られるよう留意されたい」と、介護保険制度と障害者福祉制度との関係調整の必要性についても言及している。

一方、1990年代後半からは、障害者に対する各種施策の実施権限が市町村に一元化されるとともに、重度障害者介護のためのホームヘルプサービス事業、家族の介護負担を軽減するためのショートステイ事業など、在宅サービスを中心とした障害者施策の拡充が図られた。また、それらのサービス提供方法や費用負担の在り方などについては、介護保険制度との関係での検討を必要としていた。このゆえに、障害福祉関係3審議会合同企画分科会では、現行の障害者保健福祉施策と介護保険制度等との関係整理が検討事項として挙げられた。これに従い、前出の「今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）」では、介護保険制度との関連で検討が行われた。そこには、「障害者特有の需要にも配慮しつつ、高齢者のサービスと比較して遜色のないようにしていくことが基本」であるとしていた。また、そのために必要な体制整備として、障害者施策では未実施であった訪問入浴サービスの導入やケアマネジメントの提供などが提言された。

この中間報告後となる1999年1月には、「障害者関係3審議会の意見具申」がまとめられ、「今後の障害保健福祉施策の在り方について」、「今後の身体障害者施策の在り方について」、「今後の知的障害者・障害児施策の在り方について」と題するそれぞれの報告書が出された。その中で、中間報告にて示された介護保険制度との関係については、「今後の障害保健福祉施策の在り方について」に取り上げられていたが、その内容をみると、中間報告

とは少し異なる内容が見られていた。「介護保険と遜色のないサービス水準の確保」に加え、その関係について、介護保険制度が利用できる場合は介護保険サービスに移行することが基本であるとし、介護保険優先の考え方を示したのである。ただし、介護保険制度への移行により、在宅サービスの提供量が減少したり、同一内容のサービスを受けても負担額が増加したりする可能性も想定しながら、「介護保険への移行によって地域社会における身体障害者の自立した生活や社会参加のための活動が維持できなくなるといった事態が生じないよう留意する必要がある」との提言を加えている。

小括

1990年代には、社会福祉基礎構造改革やそれに基づく介護保険制度の導入が進められる中で、障害者福祉政策においてもその改革が求められていた。そのため、障害者施策の新しい利用制度が本格的に検討され始めたが、その中で最も重要な論点となったのが利用者本位のサービス提供と利用者負担の在り方に関するものであった。なお、それに加えて、重要な検討事項として取り上げられていたのが、障害者の重度化と高齢化への対応として、在宅サービスを中心とした障害者福祉制度と介護保険制度との関係整理であった。議論を重ねた結果では、障害福祉サービスの利用制度化が求められる一方で、利用者負担としては既存の応能負担方式が適当であると結論付けられた。また、介護保険制度との関係については、介護保険制度が利用できる場合、重なるサービスは介護保険が優先適用されるという介護保険優先の考え方が示された。ただ、介護保険制度への移行によるサービス量の減少や負担額の増加など、生活への影響に関する検討の必要性も同時に指摘されていたのである。

これらを受け、厚生省は2000年4月介護保険制度の施行を控え、各自治体に介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に関する通知を発信した。次節では、その通知の具体的な内容と特徴について検討してみる。

第2節 介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係¹⁰

1. 介護保険制度の施行と厚生労働省の「2000年通知」

当時の厚生省（現、厚生労働省）は、介護保険制度が施行される直前の2000年3月24日付に、「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」（厚生大臣障害保健福祉部障害福祉課長障第8号）と題する通知を、制度の運営主体である各自治体に発信した。この通知は、障害者自立支援法（2005）の第7条に、「他の法令による給付等との調整」という介護保険優先に関する法律上の規定が用意されるまで、介護保険制度と障害者福祉制度の間の適用関係に対する政府の考え方を示す一種のガイドラインとして位置づけられていた。以下では、2000年通知の具体的な内容について検討を行う。

まず、介護保険制度においては、原則として障害者であっても40歳以上の者は介護保険の被保険者となる¹¹。そのため、65歳以上の障害者が要介護または要支援状態となった場合（40歳以上65歳未満の者の場合は、その要介護または要支援状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢に伴う心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合、以下「特定疾病」）には、要介護または要支援認定を受け、介護保険法に定める保険給付を利用することができる。その際、障害者福祉制度と共通する在宅サービスについては、介護保険から保険給付を受けることになるので、障害者福祉制度からのサービスは原則として提供しない。

ただし、介護保険法で定める保険給付を受けることができる場合であっても、障害者施設への入所が必要であると認められる場合は、継続して入所することができる。これは、障害者の就労支援施設や職業訓練施設などの施設サービスが、介護保険施設とその目的や機能を異にしていることを勘案した措置である。なお、身体障害者療養施設などに長期間入所している障害者の場合は介護保険の被保険者から除外されるが、施設などを退所すると介護保険の被保険者になるため、介護認定を受け介護保健施設への入所が可能となり、必要な場合には介護保険での在宅サービスを利用することも可能である。

¹⁰ この第2節は、孔ほか（2018：13-22）の「Ⅱ．介護保険優先原則の内容と展開過程」を修正・補完したものである。

¹¹ ただし、身体障害者療養施設などの障害者施設に長期入所している障害者については、介護保険法施行令第11条及び介護保険法施行規則第170条の規定に基づき、介護保険の被保険者から除外される。

一方、介護保険制度と障害者福祉制度の間に共通する在宅サービスについては、原則として介護保険制度による保険給付が優先されるが、以下の場合には継続的に障害者福祉制度からのサービスを利用することができる。

第1に、障害者福祉制度で実施している在宅サービスのガイドヘルプサービスや外出時に必要な移動介護、各種の社会参加促進事業などのように、介護保険法に基づく保険給付には存在しないサービスに限って、障害者福祉制度の継続利用が認められる（横出し部分）。

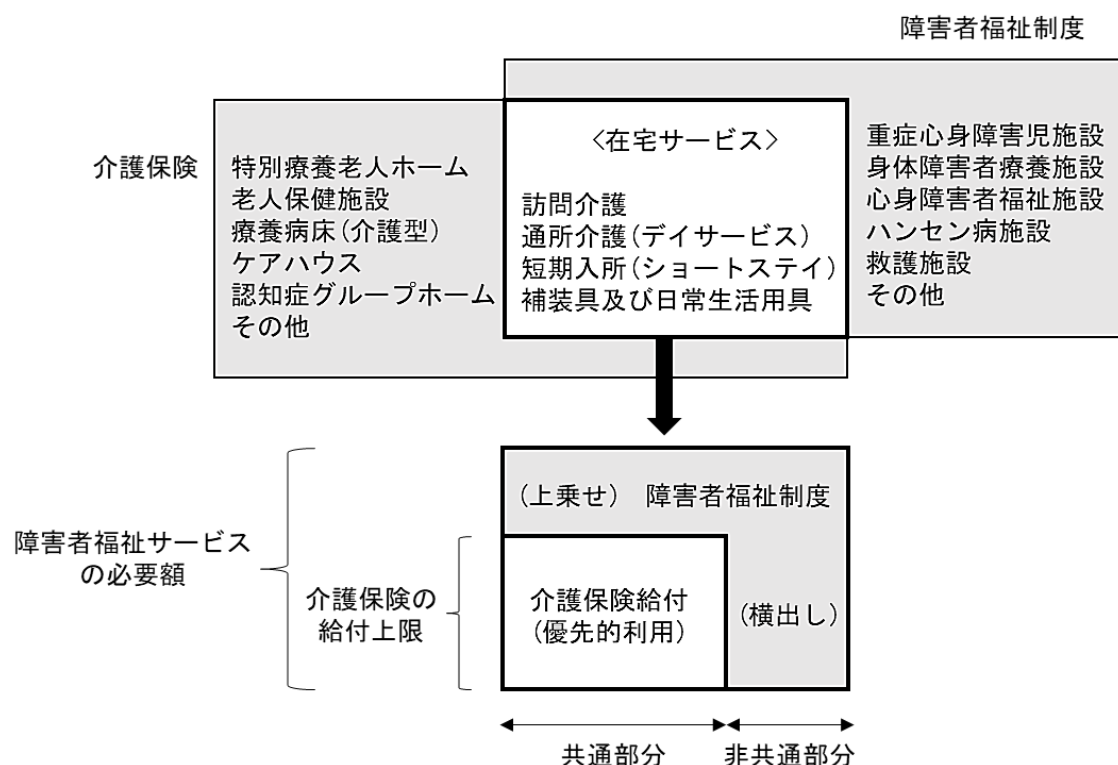
第2に、ホームヘルプサービスなど共通サービスであっても、社会生活の継続性を確保するという観点から、介護保険による保険給付だけでは足りないと判断される部分については、引き続き障害者福祉制度からサービスを利用することができる（上乗せ部分）。ただし、この場合には介護保険の支給限度基準額の全部または5割以上を優先利用することが前提となっている。

第3に、通所介護（デイサービス）の場合、社会的適応訓練や文化活動など、障害者固有のサービス提供が必要であると認められる給付については、継続して障害者福祉制度でのサービス利用が可能になる。また、短期入所生活介護（ショートステイ）においても生活している地域に介護保険事業所が不在するなど、やむを得ない事情による場合、障害者福祉制度からのサービス利用が認められる。

その他にも、補装具や日常生活用具などにおいて、介護保険で指定している対象以外の品目や、共通品目であっても身体状況に個別対応が必要であると判断される障害者については、障害者福祉制度からの給付提供が可能である。

整理すると、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係において、在宅サービスを必要とする65歳以上あるいは40歳以上65歳未満の特定疾病の障害者は、原則として介護保険による給付が優先される。ただし、次の場合はこの限りでない。①日常生活や社会生活を維持する上で介護保険のみではサービス量が足りないと認められる場合、②介護保険には存在しない障害者福祉制度固有のサービスを必要とする場合、③就労支援及び職業訓練施設などその目的または機能が介護保険施設と相違する場合、④地域状況ないし社会資源により介護保険からの対応が困難な場合である。つまり、この場合に限っては、自治体の判断により障害者福祉制度からの継続的なサービス利用が可能になるのである。これを図式化すると図1の通りとなる。

図1 介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係のイメージ



（出典）：厚生労働省社会保障審議会障害者部会第20回（2004年11月12日）資料を再構成した孔ほか（2018：16）から引用。

2. 障害者自立支援法の成立と厚生労働省の「2007年通知」

介護保険法の制定が進められた1990年代は、障害者福祉制度においても抜本的な改革が求められていた時期であったことは、前述の通りである。特に、社会福祉基礎構造改革に伴う社会福祉事業の措置制度から契約制度への転換は、障害者福祉制度においても重要な政策課題となっていた。1999年1月19日付に出された「今後の障害保健福祉施策の在り方について」では、利用者本位の考え方に基づいた新しいサービス利用制度の在り方が具体的に示されていた。利用者の選択権の保障や個人の尊重を重視するという理念に立って、福祉サービスの利用制度化の必要性が強調されていたのである。

また、その実現において留意すべきものとして、「公的責任や公費負担を後退させないこと」が取り上げられていた。それゆえに、利用者負担に関しては、本人所得に応じた利用者負担額とする応能負担方式と、サービスの内容等に応じた定率の利用者負担とする応益

負担方式としながら低所得者については免除措置を講じる方策などが検討された。議論の結果では、新しい利用制度への円滑な移行や障害者の所得状況等を勘案し、応能負担方式を維持することが適切であると判断された。これらを踏まえて、新しい利用制度への変更は、障害者プランが終了する 2003 年度を目途に進められた。そして、2003 年 4 月に支援費制度が導入されることで、障害者福祉制度の措置制度から契約制度への大きな転換を迎えることとなった。

しかし、制度施行の直後、予想をはるかに上回るサービス利用者の増加は、財政的に大きな負担を招いた。これを背景に厚生労働省では、2005 年の介護保険法の改正を控えて、障害者福祉制度を介護保険制度に統合させる戦略が図られた。従来の障害者福祉制度を解体し、給付と負担が連動して支給抑制効果が期待できる介護保険制度への統合論が浮上したのである（荻原 2015a : 196）。なお、当時は介護保険の被保険者の年齢を 40 歳から 20 歳に下げて、財政の安定化を図ろうとする計画が構想されていた時期であって、その手段の一つとして取り上げられたのが介護保険制度と障害者福祉制度の統合論であった。年齢に関係なく、誰もが障害を受ける可能性があるとして保険原理の適用を合理化させ、介護保険制度に障害者福祉制度を統合し、介護保険の被保険者の対象年齢を 20 歳までに下げようとする計画であった。ただし、この構想は障害当事者やその家族だけでなく、保険料の事業主負担の拡大を回避したかった経済界からも強い反発を受け、最終的に議論が延期されることとなった。そして、その代替物として、2005 年 10 月に障害者自立支援法が成立された。

この障害者自立支援法では、保険方式の採用は避けながらも、障害当事者やその家族が強力に反発してきたサービスの利益による定率負担方式（応益負担）が導入された。また、食費を含む居住費を原則として利用者の負担とし、サービスの利用者負担上限額を設定するなど、介護保険制度と同様の給付システムを採用することで、今後の介護保険制度との統合を念頭に置いた制度の仕組みが設けられた（荻原 2015a : 196-197）。なお、障害者自立支援法の第 7 条には、次のような内容で「他の法令による給付等との調整」の規定が定められ、介護保険優先が法制化された。

第7条（他の法令による給付等との調整）

「自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）の規定による介護給付、健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付又は事業であつて政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付又は事業以外の給付であつて国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するもの（傍点筆者）が行われたときはその限度において、行わない。」

障害者自立支援制度の成立背景を勘案すれば、このように介護保険優先原則を法律上に規定したのも、障害者福祉制度の介護保険制度への統合を念頭に置いた措置の一つとして捉えられる。

介護保険制度が施行された 2000 年当時には、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係を説明する 2000 年通知が発出されたものの、その適用関係についての法律上の規定は存在していなかった。当時の障害者福祉制度は行政の判断により対象や給付を決める措置制度であつて、自己負担においても応能負担方式が採用されていた。すなわち、共通サービスであるとしても、介護保険制度と障害者福祉制度の間には給付の仕組みが異なっていたのである。それが、支援費制度の施行により措置制度から契約制度に変わり、また障害者自立支援法の施行により応益負担が導入されることで、介護保険制度と障害者福祉制度の間には、ほぼ同じ給付の仕組みが設けられることとなった。そして、障害者福祉制度の介護保険制度への統合論と相まって、支援法第7条の規定により介護保険優先が法制化されたと考えられるのである。

ところで、厚生労働省は、障害者自立支援制度の施行後となる 2007 年 3 月 28 日付に、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係について」（障企発第 0328002 号）と題する通知を再び発出し、支援法第7条に基づいた給付の支給決定の際の介護保険制度との適用関係に対する考え方を示した。これは、介護保険優先原則を法律上に規定したことに対する障害当事者やその家族、支援者の懸念を和らげるための措置であつたと評価されている。その内容を見てみると、2007 年通知においても、介護保険だけでは足りない部分の補足給付（上乘せ部分）や移動介護など障害者福祉制度固有のサービスの追加給付（横出し部分）などに関する趣旨と内容では、2000 年通知と大きく変わらな

いことを確認することができる。

しかし一方で、2007 年通知には、2000 年通知と区別される特徴も見られている。まず、2007 年通知では、「サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることとなる」としながらも、その一方では「障害者が同様のサービスを希望する場合でも、その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする」と、介護保険優先の捉え方を示している。そして、その下には、「したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること」を求めている。つまり、障害者のニーズや状況に応じて、自治体が適切に判断することを、さらに強調しているのである。

また、通知の冒頭に、支援法第 7 条により保険給付が優先されることを明示しており、この通知が技術的な助言であることを明記しているところも、2000 年通知と区別される 2007 年通知の特徴といえる。すなわち、2007 年通知には、介護保険優先が原則であることを再度確認しながら、それに関する自治体の判断に対しては政府としての介入や責任から距離を置こうとする旨が明確に示されているのである。さらに、「介護保険サービスが利用可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合は、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請を行うよう、周知徹底を図られたい」と、介護保険の利用を拒否している障害当事者への対応についても想定していることから、2000 年通知とは異なり、介護保険優先原則をめぐる問題提起を意識していることが分かる。

そしてもう一つ、利用者負担に関する内容においても、2000 年通知と 2007 年通知の間では大きく異なる特徴がみられる。次項では、障害者自立支援法の成立に伴う利用者負担の変化を踏まえつつ、それに対する問題提起の過程、そしてその中で指摘された介護保険優先原則にかかわる問題について、より詳細に検討を行う。

3. 障害者自立支援法違憲訴訟と介護保険優先原則

介護保険制度では、サービス利用量の 10%を利用者が負担する応益負担方式が採用されている。これに対し、障害者福祉制度では、障害者自立支援法が成立するまで、負担能力に応じて利用料を負担する応能負担方式が維持されていた。そのため、2000 年通知では、介護保険制度への移行に伴う利用料負担の軽減措置に関する内容が示されていた。低所得障害者が介護保険優先原則に伴い介護保険法から在宅サービスを利用する場合には、利用者負担を 10%から 3%に軽減する措置であった。これに関連して、特に注目されるのは、軽減措置を 2004 年度までに、その期間を限定していたところにある。その理由は、通知が出された 2000 年当時に、「障害者プラン」が終了する 2003 年を目途に新しい障害者福祉制度の導入が構想されていたことと関係する。つまり、その議論において介護保険制度と同様の利用者負担方式を採用することに対する内容が含まれていたためであったと推測されるのである。

だが、2003 年に導入された支援費制度では、従来の負担能力に応じた応能負担方式が利用者負担としてそのまま維持された。しかし結局、2005 年に成立した障害者自立支援法では、介護保険制度と同様の応益負担方式が利用者負担として制度化された。

この応益負担方式の導入に対しては、予想通りに障害当事者やその家族、支援団体などから大きな反発を受けた。それを意識した厚生労働省は、2007 年の特別対策や 2008 年の緊急措置などを通して、利用者負担に関する軽減措置を再び実施し、利用者負担に関する反発に対応しようとした（表 1）。しかし、このような厚生労働省の対応措置にもかかわらず、障害当事者とその家族は、応益負担方式の利用者負担の制度化が日本国憲法第 14 条（平等権）や第 25 条（生存権）など、基本的権利を侵害する措置であるとし、国を相手に提訴の準備に着手した。障害者自立支援法に対する抵抗は具体的で積極的な障害者運動に広がり、各地域を越えて全国的に拡散した。そしてその結果、全国の 14 地方裁判所で 71 人の障害当事者が障害者自立支援法に対する違憲訴訟を起こすに至った。

表1 介護保険制度の上限月額と障害福祉制度の上限月額の変遷

(単位：円)

区分	世帯の収入状況	介護保険制度 2000年4月～ (2015年7月)	障害者自立支援法（2013年4月以降は、障害者総合支援法）			
			施行時 2006年4月～	特別対策 2007年4月～	緊急措置 2008年7月～	基本合意に よる法改正 2010年4月～
低所得1	世帯全員が住民税非課税で、かつ合計所得金額と課税対象年金の合計金額が80万円以下 ^{注1)} 、または老齢福祉年金の受給者	15,000	15,000	3,750	1,500	0
低所得2	世帯全員が住民税非課税で、上記以外	24,600	24,600	6,150 (通所3,750)	3,000 (通所1,500)	0
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円未満）注(1)	37,200	37,200	9,300	9,300	9,300
一般2	上記以外	37,200	37,200	37,200	37,200	37,200

(出典)：荻原（2015b）。

障害当事者とその家族は、訴訟を通して障害者自立支援法の廃止を主張しながら、障害者の状況とニーズに合った障害者福祉制度の新設を政府に求めた。そして、訴訟が進められている中で行われた 2009 年の総選挙で政権が変わり、政治的にも大きな話題であった障害者自立支援法違憲訴訟をめぐって、政府と原告団と弁護団は劇的な合意を成すことになった。これにより、2010 年 1 月に、原告団と弁護団と国の間で「基本合意文書」が作成された。この文書には、障害者自立支援法の廃止と新たな障害者福祉制度の制定に関する内容などが盛り込まれた。

具体的に「基本合意文書」では、障害者を対象とする新制度の制定をめぐる 6 つの論点¹²が提示された。その核心的な内容としては、まず新制度では利用者負担を既存の負担能力に応じた応能負担方式に戻すことが掲げられた。これに関しては、その先行措置として、障害者自立支援法の廃止から新制度の導入までの間に、応益負担（定率負担）の速やかな廃止のため、2010 年 4 月から低所得（市町村民税非課税）の障害者及び障害児の保護者に

¹² 「基本合意文書」では、①利用者負担のあり方、②支給決定のあり方、③報酬支払い方式、④制度の谷間のない「障害」の範囲、⑤権利条約批准の実現のための国内法整備と同権利条約批准、⑥障害関係予算の国際水準に見合う額への増額といった事項について検討を行い、対応していくことが明記された。

つき、障害者福祉制度からの在宅サービス及び補装具に係る利用者負担を無料とする緊急措置を講じることが明示された。そして、もう一つの論点として掲げられていたのが、支援法第7条（介護保険優先原則）の廃止と障害の特性に配慮したサービス選択制の導入であった。新制度で負担能力に応じた応益負担方式が採用されるとしても、障害福祉サービスを利用してきた障害者が65歳に達した場合、介護保険優先原則により介護保険制度からのサービスが優先となることで、再びサービス利用量に沿った応益負担方式に切り替えられるためであった。

一方、この時期は、障害者自立支援法違憲訴訟に係る原告団・弁護団と政府間の訴訟問題の解決に向けた協議がなされるとともに、障害者の権利に関する条約（以下、障害者権利条約）の締結に向けた準備が進められていた時期であった。障害者権利条約の批准に必要な関連法の整備を進めるため、2009年12月に「障がい者制度改革推進本部」が内閣府に設置された。また、この下に、障害者施策の推進に関する意見をまとめる「障がい者制度改革推進会議」（以下、推進会議）が発足した。なお、2010年4月には、推進会議の下に障害者、障害者の家族、事業者、自治体首長、学識経験者等に構成された「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」（以下、総合福祉部会）が設けられた。それ以後、総合福祉部会では新しい障害者福祉制度の制定に向けて18回にわたる議論が行われ、2011年8月に「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」（以下、骨格提言）がまとめられた。そして、この骨格提言の基本的な方向を指し示したのが「基本合意文書」であった。

前述の通り、「基本合意文書」では、介護保険優先原則（支援法第7条）を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入が求められていた。これを踏まえて、骨格提言では、「新しい障害者福祉制度は現行の介護保険制度との統合を前提とせずに、別個の法体系として制度設計されるべきである」としながら、「介護保険対象年齢になった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けることができるものとする」と結論付けた。それゆえに、「現行の介護保険優先原則を見直し、障害者総合福祉法のサービスと介護保険のサービスを選択あるいは併用できるよう、今後さらなる検討が必要である」ことを提言していた。

それらを受けて、障害者自立支援法に代わる新たな法制度の検討が進められ、2012年3月に「2012年整備法案」¹³が第180回国会（常会）に提出された。2012年整備法案では、

¹³ 正確には「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」（内閣提出第六八号）である。

障害者自立支援法の題名を障害者総合支援法に改めること、法律の目的を変更し共生社会の実現を法律の基本理念とすること、障害児者の範囲に難病等を加えること、障害程度区分を障害支援区分に改めること、重度訪問介護の対象拡大や地域生活支援事業の追加など、障害者に対する支援の見直しが図られた。この 2012 年整備法案については、「骨格提言の内容が十分に盛り込まれていない」、「障害者自立支援法の内容と大きな変更がない」などの指摘もあったが、厚生労働省は、「既につなぎ法¹⁴によって応益負担が廃止されており、法律の題名、目的や基本理念などが新たに創設されること等から、障害者自立支援法の実質的な廃止である」とした。また、骨格提言については、「すぐに対応可能な項目は法律に盛り込んだが、検討に時間が必要な項目は障害者総合支援法の施行後 3 年を目途に見直しを行う」との見解を示した。その後、2012 年整備法案は、市町村及び都道府県が障害福祉計画に定める事項に障害福祉サービス等の提供体制の確保にかかわる目標を追加するなど、衆議院において一部の修正がなされ、同年 6 月に参議院において可決・成立し、同月 27 日に公布された（浜田 2016 : 107）。そして、この法律により、2013 年 4 月 1 日から既存の障害者自立支援法が障害者総合支援法に改められた。

しかしながら、障害者総合支援法には問題の発端となった応益負担方式は廃止されたものの、介護保険優先原則を規定する支援法第 7 条はそのままに残された。これにより、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における介護保険優先原則めぐる問題が本格的に表面化し始める。

次章では、介護保険優先原則の下で、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に対する自治体の運用において、どのような問題が起きており、それらの問題が実際に障害者の生活にどのような影響を与えているのかについて、厚生労働省が実施した実態調査と具体的な事例を通して確認する。

¹⁴ 障害者自立支援法および児童福祉法など、関連法律の一部を改正する法律が 2010 年 11 月 17 日に衆議院厚生労働委員長により衆議院に提案され、同年 12 月 3 日に成立した改正法をいう。この改正法には、利用者の負担能力に応じた「応能負担」を原則とすることや「重度視覚障害者の移動支援の個別給付化」などが盛り込まれた。

第2章 介護保険優先原則をめぐる問題状況：「浅田訴訟」の展開とその意義

第1節 介護保険優先原則をめぐる問題状況

1. 実態調査から見られる問題状況

障害者自立支援法の施行後、厚生労働省は、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に関して各自治体に通知を発信し、自治体に適切な判断に基づく制度の運用を求めた。しかし、「その運用に関して障害者の個々の実態に即したものとなっていない等の声が寄せられている」ことを踏まえて、厚生労働省は各市町村における具体的な運用状況について実態調査を実施した。この調査は、2014年8月に、政令市（20）、中核市（43）を含め、各都道府県において人口規模の大きい順で抽出された市町村（222）を対象として、質問紙による調査方法で行われた。調査対象数（回答数 259、全体市町村の約 2 割弱）は少ないものの、介護保険優先原則をめぐる問題状況に関して政府が単独で行った実態調査であることから、その代表性が確保されていると判断される。具体的な調査の概要と調査内容は、表 2 と表 3 に示す通りである。

表 2 実態調査の概要

調査の目的	障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係については、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日障企発第0328002号 障障発第0328002号）にて市町村へ通知しているところであるが、その運用等の実態を把握することを目的とする。
調査対象(数)	全指定都市(20)、全中核市(43)及び下記抽出方法にて抽出された市区町村(222) ※都道府県ごとに下記方法により市町村を抽出 ・各都道府県内の市(特別区を含む)から人口規模の大きい順に2市を抽出(指定都市、中核市を除く) ・各都道府県内の町から人口規模の大きい順に2町を抽出 ・各都道府県内で人口規模が最も大きい村を1抽出(村のない場合を除く)
調査実施時期	2014年8月
回答数(率)	計259（内訳：政令市20・中核市34・その他市区町村205） 回答率：90.9%

(出典)：厚生労働省（2015）。

表3 調査内容

1. サービス利用状況等実態	
	<ul style="list-style-type: none"> (1) 65 歳以上の者についてのサービス利用状況 (2) 65 歳以上の併給者（介護保険・障害福祉）のサービス併用状況 (3) 障害程度区分認定者の要介護状態区分等
2. 市町村の制度運用	
	<ul style="list-style-type: none"> (1) 65 歳到達による介護保険移行について <ul style="list-style-type: none"> ア. 介護保険制度への移行の案内を行っているか イ. 介護保険制度への移行の案内はどのような方法で行っているか ウ. 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給が可能な旨を障害福祉サービス利用者へ事前案内しているか エ. 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給が可能な旨を住民へ周知しているか オ. 65 歳に到達する者の障害福祉サービス支給決定の有効期限の設定について (2) 申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケースの有無 (3) 要介護認定等の申請勧奨に応じないまま、65 歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用申請があった場合どのように対応しているか (4) 介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの上乗せ支給について <ul style="list-style-type: none"> ア. 障害福祉サービスの上乗せ利用の要件 イ. 上乗せ利用の要件を満たさない場合であっても個別の状況に応じて上乗せ支給を行っているか (5) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について 障害福祉サービスの利用者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについてどのように判断しているか (6) 移動支援（地域生活支援事業）について介護保険給付との併給調整の対象とし、給付調整を行っているか
3. 不服審査及び訴訟	
	<ul style="list-style-type: none"> (1) 障害福祉サービスに関する審査請求件数 (2) 介護保険給付と併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する審査請求件 (3) 介護保険給付との併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する訴訟件数
4. 自治体意見	

(出典)：表2と同様。

以下では、調査内容のうち、障害者の生活に直接関係すると考えられる調査項目を中心に、その結果を確認しつつ、そこから見られる問題状況について考察を行う。

表 4 65 歳に到達する者の障害福祉サービス支給決定の有効期限の設定について

	自治体数	構成割合
65 歳に到達する者についてもそれ以外の者と同じ取扱としており、介護保険移行を考慮した期限の設定はしていない	105	40.5%
65 歳到達月（誕生日月）の月末までの期限としている	85	32.8%
65 歳到達月（誕生日月）の翌月末までの期限としている	6	2.3%
65 歳到達月（誕生日月）の翌々月末までの期限としている	5	1.9%
65 歳到達月（誕生日月）の 3 ヶ月後の月末までの期限としている	6	2.3%
その他	48	18.5%
未回答	4	1.5%
合計	259	100.0%

(出典)：表 2 と同様。

まず、介護保険優先原則に対する各自治体の対応を確認するため、「65 歳に到達する者の障害福祉サービス支給決定の有効期限の設定について」の調査項目を見てみる。調査の結果では、「65 歳に到達する者についてもそれ以外の者と同じ取扱としており、介護保険移行を考慮した期限の設定はしていない」と答えた自治体が 105 (40.5%) で最も多かった。これらの自治体においては、介護保険優先原則が障害福祉サービスの支給決定の前提にはなっていないことが分かる。しかし一方で、65 歳に到達する障害者について、何らかの形で障害福祉サービスの期限を設定していると答えた自治体も合わせて 102 (39.3%) に上っている。すなわち、多くの自治体において、65 歳に到達する障害者に対しては、介護保険への移行を前提とした障害福祉サービス支給決定が行われていることを確認することができる (表 4)。

表5 申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケースの有無

	自治体数	構成割合
ある（複数回答可）	94	36.3%
自己負担の発生	60	—
馴染みの支援者を希望	38	—
現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため	40	—
介護保険優先適用の考え方が理解不能	44	—
その他	10	—
ない	163	62.9%
未回答	2	0.8%
合計	259	100.0%

（出典）：表2と同様。

次に、利用者（65歳に到達する障害者）の場合、介護保険優先原則をどのように受け入れているのかについて見てみよう。厚生労働省の2007年通知では、65歳に到達する障害者に対して介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、介護保険の要介護認定などの申請を行うよう、自治体に周知徹底を求めている。これに関連して、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケースの有無」に関する項目の調査結果では、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケース」が「ある」と答えた自治体は94（36.3%）に上っていることが分かる。言い換えれば、65歳到達後にも継続して障害福祉サービスの利用を希望している障害者が少なくない現状が確認できる。また、要介護認定等を申請しなかった理由については、主に「自己負担の発生」や「現に受けられたサービスが受けられない」など、介護保険への移行により生じる生活への影響を心配する声が挙げられている。なお、「介護保険優先適用の考え方が理解不能」であるという理由から要介護認定等を申請していない障害者も少なくないことが分かる。つまり、「介護保険サービスの利用が優先される旨」が十分に説明されていないか、もしくは当事者の理解を得られていない現状が見られているのである（表5）。

表6 要介護認定等の申請勧奨に応じないまま、65 歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用申請があった場合どのように対応しているか

	自治体数	構成割合
障害福祉サービスの支給決定を行い、引き続き申請勧奨を行う	63	67.0%
障害福祉サービスの支給決定期限を通常より短くして決定し、引き続き申請勧奨を行う	15	16.0%
障害福祉サービスの利用申請を却下する	6	6.4%
申請勧奨に応じず障害福祉サービスの利用申請を行うまでに至ったケースはない	5	5.3%
その他	5	5.3%
合計	94	100.0%

※表5において、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケース」が「ある」と回答した自治体を対象とした質問。

(出典)：表2と同様。

ここで、「自己負担の発生」については、みずほ情報総研株式会社（2016）が厚生労働省の委託を受け、全国 1741 市区町村を対象に実施した「障害者の介護保険サービスの利用状況に関する実態調査」において、その実態が詳細に報告されている。同報告書によると、2014 年度中に障害福祉サービスの利用を終了し、介護保険サービスの利用を開始した者 3 048 人に対して費用負担の状況等を調査した結果、介護保険への移行前の月平均自己負担額が 616 円であったのに対し、介護保険への移行翌月の平均自己負担額は 7189 円であったことが明らかとなっている。つまり、介護保険優先原則が適用されることで、以前より約 10 倍の自己負担が発生しているのである。

続いて、障害福祉サービスを利用してきた障害者が、要介護認定等の申請勧奨に応じないまま、65 歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用を申請した場合の自治体の対応について確認する。調査結果では、「障害福祉サービスの支給決定を行い、引き続き申請勧奨を行う」との自治体が 63（67.0%）で最も多かった。半面、障害福祉サービスの支給決定期限を短くするか、利用申請を却下すると答えた自治体も、合わせて 21（22.4%）に上っていることが分かる。つまり、同じサービスの利用申請であっても、自治体によっては、その支給決定の結果が大きく変わっているのである（表6）。

表 7-1 介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの上乗せ支給について

(1) 障害福祉サービスの上乗せ利用の要件

	自治体数	構成割合
通知 1-(2)-③-アを要件としている※1	176	68.0%
上記に加えて要件を追加している※2	74	28.6%
未回答	9	3.5%
合計	259	100.0%

※1 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成 19 年 3 月 28 日障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号）1-(2)-③-アは以下の通り。

- ・在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみのみによって確保することができないものと認められる場合。

※2 上乗せ要件追加例

- ・要介護 4 ないし 5 以上であること。
- ・身体障害者（両上下肢機能障害など）であること。
- ・訪問系サービスの上乗せについては、介護保険サービスの訪問介護を居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の 5 割以上利用していること。

(出典)：表 2 と同様。

表 7-2 介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの上乗せ支給について

(2) 上乗せ利用の要件を満たさない場合であっても個別の状況に応じて上乗せ支給を行っているか

	自治体数	構成割合
行っている	23	31.1%
行っていない	51	68.9%
合計	74	100.0%

※表 7-1. (1)において、「通知 1-(2)-③-アの要件に加えて要件を追加している」と回答した自治体を対象とした質問。

※「行っていない」と回答している場合には、支給申請事例がなかった場合や、②障害福祉サービスの上乗せ利用の要件に「個別の状況に応じて検討する」ことを盛り込んでいる場合等が含まれている。

(出典)：表 2 と同様。

表 8 移動支援（地域生活支援事業）について介護保険給付との併給調整の対象とし、給付調整を行っているか

	自治体数	構成割合
行っている	95	36.7%
行っていない	162	62.5%
未回答	2	0.8%
合計	259	100.0%

(出典)：表 2 と同様。

表 9 障害福祉サービスの利用者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについてどのように判断しているか

	自治体数	構成割合
全てのケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	128	49.4%
判断が困難なケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	96	37.1%
具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している	24	9.3%
その他	8	3.1%
未回答	3	1.2%
合計	259	100.0%

(出典)：表 2 と同様。

ところで、2007 年通知では、「障害福祉サービスに相当する介護保険サービスが受けられる場合は、介護保険給付が優先される」としながらも、介護保険サービスのみで十分なサービスが受けられない、あるいは必要とするサービスが介護保険サービスに存在していない場合には、自治体の判断で障害福祉サービスの上乗せ支給もしくは介護保険給付との併給（横出し支給）を可能とする旨を示している。だが、各自治体における支給決定の判断基準が異なっており、そのため、実際には多くの自治体において上乗せ支給や横出し支給が行われていない状況が見られている。

「介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの上乗せ支給について」の調査結果を確認してみると、厚生労働省の通知の要件に加えて、各自治体による上乗せ利用に関する要件を追加している自治体は 74 (28.6%) であることが分かる（表 7-1）。また、上乗せ利用の要件を追加している自治体のうち、その上乗せ利用の要件を満たさない場合には上乗せ支給を「行っていない」と答えた自治体が 51 (68.9%) に上っているのである（表 7-2）。さらに、介護保険給付との併給調整の対象となっている移動支援などの横出し支給についても、「行っていない」との自治体が 162 (62.5%) に上っていることも確認できる（表 8）。

ここで、特に問題として指摘されうるのが、それらの判断基準を明確化していない現状である。「障害福祉サービスの利用者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについてどのように判断しているか」に対する調査結果をみると、「全てのケースで具体的な意向を聴き取り、判断している」との自治体が 128 (49.4%) で最も多かったものの、「具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している」との自治体が 24 (9.3%) も存在していることが分かる（表 9）。それらの自治体にお

いては、「申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受け取ることが可能か否かを適切に判断する」としている。2007 年通知の内容とは大きく懸け離れた対応が行われていることが予想できる。

このような現状の中で、自治体によっては利用者と自治体の間に紛争が起きるなど、問題状況が表面化しつつある。上記の厚生労働省の実態調査によると、2012 年度以降から 2014 年 8 月 1 日現在までに、介護保険給付と併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する審査請求件数は 11 件であった。そのうち、2015 年の 1 件は訴訟まで展開されており、まさにそれが介護保険優先原則の問題をめぐる代表的な事例として取り上げられている「浅田訴訟」である。

この問題状況に対しては、各自治体においても戸惑いの声が出されている。実態調査では、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係に関する「自治体からの主な意見」もまとめているが、その結果をみると、「介護保険移行に伴う利用者負担の発生及び増大が理解を得にくい」（33/34.4%）、「介護保険との併給について国が一定の指針や明確な基準を示してほしい」（33/34.4%）との意見が全体の約 7 割を占めている。つまり、自治体からも、介護保険優先原則をめぐる問題に関して、国からの一定の介入を求めていることが明らかである。

しかしながら、実態調査の結果が出された後も、厚生労働省においては、そのような自治体の期待に応えようとする動きは見られていない。厚生労働省は、2015 年 2 月 18 日付に、実態調査の結果とともに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」と題する事務連絡を各自治体に発信した。その事務連絡では、実態調査に対する具体的な解釈やコメントなどはなされておらず、再び自治体への「適切な判断」と「適切な運用」が繰り返されていたのである。

こうした中、最近では、障害者関連団体を中心に、この問題にかかわる実態調査が独自で行われており¹⁵、それらを通して自治体における制度運用の実態だけでなく、介護保険優先原則によって生活に影響を受けている当事者の生活実態を把握することで、より具体的

¹⁵ 代表的には、日本障害者センターが行った「介護保険と障害福祉サービスの優先関係に関するアンケート」調査がある。この調査は、2014 年 10 月から 2015 年 1 月にかけて 1721 件のアンケートを実施し、746 件の自治体からの回答を得て、2015 年 11 月にその調査結果を公表している。

な問題状況が明らかとなっている。次項では、介護保険優先原則をめぐる問題状況を、いくつかの関連事例を通して詳細に確認する。

2. 事例から読み解く問題状況

事例の分析から明らかになった介護保険優先原則をめぐる問題状況は、次のように分類できる。

- (1) 介護保険優先に係る通知の取り扱いの変化
- (2) 問題状況①：介護保険サービスへの移行による「サービスの量や質の低下」
- (3) 問題状況②：介護保険サービスへの移行による「自己負担の増加」
- (4) 問題状況③：介護保険サービスへの移行による「専門性の欠如」
- (5) 問題状況④：介護保険サービスへの移行による「環境の変化への不適應」

ここからは、以上の分類の下で、各種メディア、雑誌、実態調査や報告書などで取り上げられた障害者の 65 歳問題あるいは介護保険優先原則にかかわる事例を紹介し、そこから見られる問題状況を具体的に指摘する。事例の出典によっては、実名が表示されている場合もあり、「A さん」のように実名が表示されていない場合もあるため、ここでは、出典の表記をそのまま引用して表示することにする。

(1) 介護保険優先に係る通知の取り扱いの変化に関する事例

事例① 三橋さんは、幼児期のポリオ罹患による両下肢障害で身体障害者手帳1級の交付を受けていたが、49歳の時、関節リュウマチが発病、上肢2級の認定が追加された。51歳の時には病状が悪化し、寝起きにも困難が生じたので福祉事務所へ日常生活用具の特殊寝台（ベッド）を申請に行ったところ、関節リュウマチが介護保険法の特定疾病に該当するということで、日常生活用具の申請は受理されず、介護保険制度でのベッドのレンタルになるといわれた。三橋さんは納得できず、区役所の担当に「法律に何も書かれていないのに、1枚の通達が法律に優先するのか」と迫りながら数回意見交換をしたものの、結局は介護保険制度でベッドを借りることとなり、毎月のレンタル料として当時約3500円（1割負担）を払わなければならなかった。その後、車いすの申請をした時も介護保険制度優先の問題に直面したが、このときは逆に本人から通達を示し、「個別の対応が必要」であることを主張した結果、障害者福祉制度から支給された。

（出典）：三橋（2013）。

「事例①」は、介護保険制度が施行された初年度（2000 年）に、三橋さん本人が直接経験したエピソードである。当時には障害者自立支援法がまだ制定されておらず、補装具や日常生活用具などは身体障害者福祉法により支給されていた。事例からは、法律上に介護保険優先を示す規定が存在していなかった当時に、自治体が介護保険法の施行直前に出された 2000 年通知を支給決定の根拠として取り扱っている様子が見られている。2000 年通知では、障害者施策における補装具及び日常生活用具と介護保険の福祉用具の関係について、介護保険の保険給付の対象となる日常生活用具（特殊寝台など）は、介護保険から貸与や購入費の支給が行われることとしていた。また、介護保険で貸与される福祉用具と同様の補装具（車いすなど）についても、介護保険の保険給付から給付されることにしていた。ただし、この場合、身体状況に応じて個別対応が必要であると判断される障害者については、身体障害者福祉法に基づく補装具を給付して差し支えないとしていたのである。つまり、当時の障害福祉サービスの支給決定において、2000 年通知が一定の判断基準（ガイドライン）として位置づけられていたことが分かる。それが、その後の障害者自立支援法に規定された第 7 条により、介護保険優先原則が法制化されることで、厚生労働省の通知はあくまで「技術的な助言」として位置づけられることになったのである。

(2) 介護保険サービスへの移行による「自己負担の増加」に関する事例

事例② 千葉市に住む重度の身体障害のある天海さんは、障害福祉サービスを利用しひとり暮らしをしていたが、65歳で介護保険に移行させられた。生活支援サービスは障害者と高齢者の介護では違いがあり、無料だった利用料も毎月1万5000が必要になった。天海さんは、今まで障害者福祉制度の居宅介護のホームヘルプサービスを、日曜を除く毎日2～3時間利用し生活してきた。しかし、2014年7月に65歳を迎えた時に、千葉市に介護保険の申請を断り、障害者福祉の継続を申請したが却下された。そのため、8月からは全額自己負担で介護を受けなければならなくなってしまう、8月1ヶ月で約14万円の利用料を払わなくてはならなかった。天海さんは、「障害者を65歳で差別するな」と同年11月、千葉市を相手として訴訟に立ち上がった。障害者総合支援法第7条の介護保険優先を改めさせ、改悪され続けている介護保険制度の抜本的な見直しを訴えるため、千葉市を相手に提訴を行うことを強く決意した。

(出典)：千葉県社保協（2016）、天海（2017）。

「天海訴訟」とも呼ばれる「事例②」は、次節で紹介する「浅田訴訟」とともに、介護保

険優先原則の問題に訴訟を通して取り組んでいる代表的な事例である。介護保険の優先適用に伴い、日常生活において多様な問題状況が生じる中で、特に自己負担による金銭的困難が天海さんの日常生活を維持不可能とする最大の原因として取り上げられている。例えば、介護保険で要介護5になると、3万5800円の自己負担が発生する。実質的には非課税世帯の負担上限により、自己負担は1万5000円となるが、上限負担額の差額が返還されるのは4か月後になる。つまり、その4か月間は3万5800円を支払わなければならないのである。また、1万5000円でさえ負担は大きく、収入が固定化されている障害者の場合、当然ながら以前の日常生活は維持できなくなるはずである¹⁶。天海さんは、それらの理由から介護保険の申請をしなかったが、介護保険優先が強要され、障害福祉サービスも打ち切られたのである（天海2017：12）。

（3）介護保険サービスへの移行による「サービス量や質の低下」に関する事例

事例③ 愛知県一宮市に住む舟橋さんは、身体障害者手帳1級の所持者で、脳性麻痺による全身の痙性麻痺があり、「障害支援区分5」に該当する障害福祉サービスを利用しながら妻と2人暮らし。ある日、一宮市から「65歳誕生日以降、障害福祉サービスを打ち切り、介護保険利用を促す」という内容の通知が届いた。舟橋さんは通知に従って介護保険認定を申請し、「要介護5」の認定を受けた。65歳から1年ほどは、週1回、朝1時間の訪問介護と2ヶ月に1回程の通院介護を利用していたが、脳性マヒの二次障害と加齢により急速に障害が重くなり、生活全体に支援が必要となった。しかし、要介護認定の更新で「要介護4」となり、その後支給された介護保険制度のサービスは、訪問介護が朝5日・夕4日、各1時間の利用とされた。朝は、2階の寝室から1階への移動、着替えや洗面、排泄などの介護はヘルパーのいる1時間の間には終わらず、洗面や着替え等は妻1人で行わざるを得なかった。夕方の排泄、入浴準備、入浴、着替えなども、訪問介護の1時間は短く、湯船に入っても1分ほどで大急ぎで上がっていた。排泄は妻が介助し、ヘルパーの来る前に済ませていた。舟橋さんの思いは、支援を利用しこれまでの生活を続けることであつたが、介護保険制度で利用できる訪問介護の時間は短すぎ、舟橋さんの生活を支えることはできなかった。

（出典）：舟橋訴訟を支援する会・弁護団（2015）。

「事例③」からは、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行により、サービスの量と質が低下する問題状況が確認できる。障害福祉サービスとしての重度訪問介護では、

¹⁶ この問題の対策として、低所得者に限り、障害福祉から介護保険への移行で生じる自己負担を無料とする改正障害者総合支援法が2018年4月から施行されている。だが、自己負担を先払いして数か月後に償還される仕組みとなっているなどの課題が指摘されうる。これについては、第4章で詳細に触れる。

「待機」や「見守り」といった長時間対応が認められており、ヘルパーが障害者の特性やニーズに合わせてサービスを提供する体制となっている。反面、介護保険では、時間を単位とする短時間対応がサービス提供の基本となっており、そのため提供される支援内容も限られている。この問題は、障害福祉サービスと介護保険サービスの目的が異なることに起因するといえる。このゆえに、サービスの量を決める「障害支援区分」と「要介護認定」の間にも相違が存在しているのである。

両制度は、サービス利用者の「自立」した日常生活を支援する点では共通している。しかし、そこでいう「自立」の解釈において、大きな違いが見られている。2016年11月10日に総理大臣官邸で開催された第2回未来投資会議では、「未来投資の推進」及び「医療・介護の未来投資と課題」について議論が行われた。この会議で総理は、「これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける「自立支援」に軸足を置きます。本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます」と述べている。つまり、介護保険制度でいう「自立」とは、介護状態からの自立を意味するのである。これに対し、山崎（2017：7）は、障害者が求めている「自立」とは、支援を受けながら他の人と同様の生活を送ることであり、介護状態からの「自立」とは根本的に異なると指摘している。こうした両制度における目的の違いが、障害福祉サービスを受けながら自立した生活を送ってきた障害者にとって、介護保険サービスへの移行によりサービス量や質の低下を経験する主な原因となっているのである。

（4）介護保険サービスへの移行による「専門性の欠如」に関する事例

事例④ 福岡市早良区の石松周（ちかし）さん（67）は、脳性まひによる全身性障害があり、障害程度区分6、介護保険の要介護5でいずれも最重度の障害者である。65歳になった2014年8月、それまで障害者総合支援法に基づいて受けていた入浴介助が介護保険サービスとなった。石松さんは、障害福祉の訪問介護サービスを受けていたころは、専門知識を持った同じヘルパーが来てくれていたが、介護保険になるとヘルパーが頻繁に変わり、介助方法もその都度異なるため、ストレスや体の異変を感じるようになったという。65歳以前のサービスに戻すよう、市に申請したが却下され、県に不服審査請求を提出している。

（出典）：西日本新聞（2017）。

「事例④」は、介護保険サービスへの移行により、障害者の特性やニーズに合わせた介助が受けられなくなった典型的な事例である。事例の当事者であり、障害者の生活と権利を

守る福岡県連絡協議会会長でもある石松周氏は、「そもそも介護保険と障害福祉は目的が異なり、介護職が両方の専門性を身に付けることは難しい」と訴えている（西日本新聞 2017）。

(5) 介護保険サービスへの移行による「環境の変化への不適用」に関する事例

事例⑤ 佐賀市在住の知的障害者Aさんは、要介護認定で要支援1となり、通所日数が週に5日から週3日に削られ、生活介護支援事業所で行ってきた食事の配ぜんや掃除等の軽作業の機会も失った。知的障害の場合、余暇活動だけでなく作業活動を継続しないと健常者よりはるかに速く知的能力が失われるため、能力低下が懸念される。高齢者福祉施設の担当者は、環境変化に弱い障害者の介護保険移行に際する問題は数多くあり、慣れた環境に居られる選択肢もあった方がよいと要望している。

事例⑥ K市在住の精神障害者が65歳となり、30年間利用してきたM市の障害者通所施設から市内の介護保険制度の通所施設へ移行を求められた。この人は決まった日課をこなさないと次の行動に移れない。このため、環境が変わった場合、対応できず、症状悪化が懸念されている。K市の行政担当者も移行困難と判断し、現施設の継続利用を上層部に訴えたが、K市は介護保険優先に例外を認めないため、1年間の移行期間しか与えられなかった。これでは問題が解決しないので、現在も交渉が続いている。

(出典)：日本障害者協議会（2013）。

なお、そのような介護保険への強制的移行は、環境変化に弱い障害者の症状悪化や、それによる家庭生活の崩壊をもたらす恐れがあり、時には命の危険まで引き起こす可能性がある」と指摘されている。「事例⑤」は、障害福祉制度から介護保険制度への移行により、慣れた環境が変化することで問題が予測されるケースである。事例では、該当自治体において65歳になった障害者が介護保険優先を強いられている様子が見られている。こうした自治体では、当事者だけでなく、障害者の状況をある程度把握している行政担当者の判断さえ考慮されていない現状も確認される。「事例⑥」のように、自治体の上層部が定めた介護保険制度への一律優先という内規や意志がある限りでは、2007年通知で示す個々人の心身状況やサービスの適切さ、利用目的を配慮した制度の選択・併用が認められる可能性は極めて低いのが現実である（日本障害者協議会 2013：38）。

小括

整理すると、まず、障害者の場合、加齢による 2 次的障害が発生する可能性が高いため、より手厚い支援が求められる。それにもかかわらず、介護保険サービスへの移行により、むしろサービスの量や質が低下する問題が顕著となっている。また、応能負担方式の障害者福祉制度から応益負担を採用している介護保険制度への移行に伴い、65 歳になることで過重な自己負担が課せられ、必要なサービス量を確保できないか、それを確保するために他の生活費を削ることで日常生活が維持できなくなる実態が確認されている。さらに、慣れた障害者福祉事業所から介護保険事業所に移行することで、新しい環境への不適応などによる様々な困難が予測されている。新たに介護保険事業所を探すとき、障害への配慮がある施設か否かは利用するまでわからないため、事前に行行政担当者、介護支援専門員、その他関係職員が障害者や家族と障害の症状や対応法、受け入れ体制などについて情報交換や調整をする機会があれば問題を回避できる可能性は高まるが、どの職員も労働負担が大きく、細やかな対応が出来ないのが現状である（日本障害者協議会 2013：41）。

このように、介護保険優先原則をめぐる問題状況が顕在化している要因について、山崎（2013：22）は、「自治体、当事者や家族、事業所それぞれの立場の事情があるが、最大の問題は国が介護保険優先原則にのみ法的拘束力を付与し、2007 年通知は技術的助言にとどめている点にある」としながら、その責任さえ市町村に丸投げしていると指摘している。しかも、各自治体では異なる判断基準が適用されており、その根拠も明確化されていないため、多様な矛盾が生み出されているのである。これらの指摘に関しては、次節で紹介する「浅田訴訟」を通して、より具体的な問題状況を確認してみる。

第 2 節 「浅田訴訟」の経緯と展開

1. 訴訟に至るまでの経緯

65 歳を迎えるまでの生活歴

浅田達雄氏（以下、浅田さんと記す。）は 1948 年 2 月 16 日生まれ。仮死出産で生まれながら脳性麻痺となり、それを原因とした上下肢重度麻痺により身体障害者手帳 1 級所持者となった。上下肢に強い機能障害があったため、小学校には 5 年遅れて入学した。18 歳となった中学 2 年の時には岡山養護学校に転校し、20 歳で岡山県立機能訓練所に入所した。

母親が事故で亡くなった 22 歳の時には、広島就労事業所に入所したが、作業が遅いとの理由に半年で辞めざるを得なかった。再び 25 歳で岡山療護施設へ入所するが、27 歳の時に父親も病死し一人となる。その後、32 歳で仲間とふたりで施設を出て、学生ボランティアの協力を得ながら地域にて暮らし始める。さらに 2 年後には、障害福祉サービスのヘルパーを利用し念願の独立生活を始めた。37 歳には就労支援事業所に通所を始めており、以来 30 年以上ひとり暮らしをしてきていた（中島 2014 : 31 ; 呉 2017 : 159-161）。

浅田さんは、2013 年 2 月 14 日まで、障害者自立支援制度の障害程度区分 6 の認定を受け、重度訪問介護（介護給付）の対象者として 83,040 単位（時間数換算でいえば、居宅介護として月 223 時間、移動介護として 26 時間、計月 249 時間）の支給を受けていた。また、浅田さんは、生活保護受給世帯ではないが、市民税非課税世帯であるため、サービスが無償で利用していた。その背景には、障害者自立支援法違憲訴訟の結果、浅田さんが 62 歳だった 2010 年 4 月から、非課税世帯の障害福祉サービス利用が無償（応能負担）となった経緯があった¹⁷。そして、「その恩恵にあずかり、いくらかのゆとりある生活を送ることができるようになった」（呉 2017 : 116）浅田さんは、加齢につれて身体機能もさらに低下してきていたため、63 歳で就労支援事業所の通所を辞め、その後はマイペースで過ごすことを考えていた。しかし、65 歳の誕生日をむかえる数か月前に、ヘルパーから、「65 歳になると介護保険制度が優先することになり、サービス利用の際には 1 割の自己負担がかかる」との話が聞かされた。

自立支援給付の不支給決定処分までの経緯

浅田さんは、障害者の生活と権利を守る岡山県連絡協議会の協力を受け、協議会の事務局長とともに、従前通りに障害者福祉制度から介護給付を受けられるよう岡山市担当者と交渉を重ねた。岡山市は、従前の重度訪問介護と同等の介護給付を受けるためには、介護保険を申請した上で、月額 3 万 5800 円を自己負担する必要があると説明した。しかし、浅田さんは、多額の自己負担分について支払うことができないこと、障害者福祉制度と介護保険制度とは目的が異なることなどを理由に、介護保険の申請をせず、65 歳になってからも従前の障害者福祉制度に基づく給付を継続するよう要請した¹⁸。

ところが、岡山市は、要介護認定がされておらず、重度訪問介護非定型（以下、非定型

¹⁷ 詳しくは、第 1 章 2 節の 3 を参照すること。

¹⁸ 「審査請求書」の第 3 の 1。

給付)の支給要件(岡山市の場合、非定型給付の支給には障害程度区分6かつ要介護5が必要と判断している)に該当しないとの理由で、2013年2月14日以降の自立支援給付をすべて打ち切ると浅田さんに通知した¹⁹。その2日後の2月15日に、浅田さんを支援しようとする18箇所の民間団体と個人2人が介護給付費不支給決定処分(以下、不支給決定)に抗議する文書を岡山市に提出し、「浅田達雄さんを支援する会」(以下、支援会)を結成して訴訟を予告した。しかしながら、岡山市の不支給決定はそのまま維持され、2013年2月14日から3月31日までの1か月半の間、浅田さんが受けていたすべての給付が打ち切られることとなった。

審査請求から訴訟に至るまでの経緯

不支給決定の後、浅田さんの生活を支えようと支援者が立ち上がり、日中は学生ボランティアが支え、朝・夕の支援はこれまで支援してきた事業所が自費にて対応することとし、その自費分は支援者のカンパで支えた。このような状態は長続きできるものではないと判断した浅田さんは、3月19日付けで、やむをえなく介護保険の申請を行った。同時に、3月27日付に岡山市の不支給決定について処分取り消しを求める審査請求を岡山県知事宛に申し立てた。

一方、岡山市は、介護保険給付にはない移動介護については、介護保険の認定がなくても支給判断が可能であったとして、4月8日付けで、不支給決定の一部を取り消し、移動介護を月あたり26時間とする支給決定を行った。また、これに加えて、暫定要介護3の61時間相当の介護保険給付を支給決定した。そして、浅田さんは、5月10日付けで、要介護5の認定を受け、介護保険給付として月105時間と、月143時間(うち移動介護26時間)の重度訪問介護が上乗せで支給されることとなった²⁰。

それでも、日中の支援が手薄になったため、排尿の際に支援を受けられず、失禁を繰り返したことを原因に、尿路感染症で11日間入院する状態に至っていた。朝の2時間と夕方の2時間は障害者総合支援法による重度訪問介護によるヘルパーが、昼の1時間半は介護保険によるヘルパーが対応した。問題は、重度訪問介護では「待機」「見守り」が認められていて障害者の特性に合わせた長時間対応を含めているのに対し、介護保険では30分を単位とする短時間対応を目的とするなど、サービスの相違が存在しており、必要なサー

¹⁹ 「裁決書」の第2の8。

²⁰ 中島(2014:32-33)、前掲(19)の第2の11・12・13。

ビスを十分に確保することができないところにあった。実際に、浅田さんは発言困難があり、慣れた人でも文字盤を使って意思を確認することが必要であるため、一つ一つの介護にかかる時間がより長くなるはずであった（中島 2014：33-35）。

浅田さんと支援会は、このような状況に対して持続的に抗議し、それをうけた岡山市は、7月から月 153 時間（うち移動介護 26 時間）の重度訪問介護を支給すると決定した。それでも、元の支給量より月 96 時間足りなかったが、岡山市は、介護保険からの給付により介護給付の減少分をカバーしているため、65 歳になるまでの支援量に戻っていると主張した（中島 2014：33）。そして、岡山県は 7 月 3 日付けに裁決書を出し、審査請求の棄却を決定した。この判断を受け入れなかった浅田さんと支援会は、結局、提訴を通して岡山市の不支給決定に対する処分取り消しを求める行動に移ることになる。

2. 審査請求書と弁明書および裁決書の検討

審査請求書と弁明書の内容の検討

浅田さんに対する重度訪問介護を打ち切った理由について、岡山市は、次のような説明を行っている。

支援法 7 条の規定により、介護保険サービスが障害福祉サービスに優先するが、介護保険サービスで不足する部分については障害福祉サービスが利用できる。浅田さんの場合、介護保険サービスで不足する部分が生じうるとは考えていたが、介護保険申請がなかったため、どの程度不足するのか判断できなかった。障害福祉サービス（重度訪問介護非定型）を利用するためには、「障害程度区分 6」及び「日常生活を営むことが困難であると認められる」ことが必要である。岡山市としては、「日常生活を営むことが困難であると認められる」ためには、65 歳以上の場合、要介護 5 が必要だと解釈している²¹。

浅田さんと支援会は、このような岡山市の対応に対して、弁護士団とともに審査請求書（2013 年 3 月 27 日付）を岡山県に提出し、障害者自立支援法に基づく介護給付の不支給決

²¹ 前掲（18）の第 3 の 2。

定（2013年2月12日）の取り消しを求めた。審査請求書では、浅田さんの具体的な生活現況を取り上げつつ、以下のような内容で岡山市の不支給決定の違憲・違法性を訴えた。

65歳以上となった審査請求人が、介護保険を申請しなかった一事をもって、支援法に基づく給付を一切受給できないのは、不合理な差別であり、憲法第14条1項（平等権）に違反する行為である。また、重度の障害を持つ審査請求人にとって、不支給決定は、自立生活を困難にするどころか、命を奪いかねないような重大な内容であり、生存権が侵害される憲法第25条（生存権）に違反する。さらに、不支給決定は、著しく妥当性を欠く支援法22条（支給要否決定等）に違反する裁量権の逸脱濫用であり、障害者の経済的負担の軽減を一切考慮していない障害者基本法24条（経済的負担の軽減）に違反する²²。

これに対して、岡山市は、審査請求書が提出された1か月後となる2013年4月24日付に弁明書を出し、介護給付費等の不支給決定には何ら違法または不当な点は存在しないと主張した。その弁明書を要約すると、次のような内容になる。

65歳となった審査請求人が介護保険を申請していれば、65歳未満の障害者と同等の給付を受けられたのであるから、不支給決定は、不合理な差別とは言えず、憲法14条に違反しない。また、審査請求人は現在、支援者からの援助のほか献身的なボランティアによって当面の自立生活を送ることはできているところ、不支給決定は何ら審査請求人の生存権を侵害しておらず、憲法25条にも違反していない。なお、本件決定の一部取消しの過程で、審査請求人の事情を考慮しており、支援法22条と障害者基本法24条に違反するとは言えない²³。

この後も、審査請求人代理人弁護士と岡山市は、岡山県からの裁決書（2013年7月3日付）が出されるまで、審査請求人代理人弁護士による岡山市の弁明書に対する反論書、そ

²² 前掲（18）の第4の2・第5。

²³ 「弁明書」の（三）の4・5・6・7。

の反論書に対する岡山市の再弁明書、またそれに対する再反論を繰り返しながら攻防を進めて行った。

裁決書の内容の検討

岡山県は、上述した審査請求について、2013年7月3日付に審査請求を却下する裁決を行った。裁決書では、岡山市の不支給決定処分について、支援法第7条の趣旨及び厚生労働省の通知並びに支援法第22条の趣旨等から妥当性を欠き、不当なものであったと判断すべきものであると指摘しながらも、新たな支給決定により、従前の支援法に基づく給付の継続はおおむね実現されているため、何ら違法又は不当な点は認められないと、裁決の理由を説明した²⁴。以下では、その具体的な内容を確認してみる。

まず、裁決書では、障害者福祉制度と介護保険制度の訪問介護におけるサービス内容について、移動中の介護を除けば、ほぼ同程度のものであると評価しながら、介護保険優先原則に沿って、次のように説明している。

支援法7条において、自立支援給付について介護保険法の規定による保険給付が優先すると解される以上、介護保険の被保険者である65歳以上の障害者にあつては、同法に要介護認定の申請を行い、介護保険サービスの内容を明らかにする必要がある。個別のケースに応じて障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について検討するためにも、介護保険の被保険者である65歳以上の障害者にあつては、介護保険法による要介護認定の申請を行うことが求められる²⁵。

それゆえに、岡山市が不支給決定処分に至った背景には、浅田さんが要介護認定の申請の勧奨に応じることなく、自らの判断で介護保険法による要介護認定の申請を行わなかったことが主要な事実として存在していると指摘した。また、浅田さんが経済的事情をもって、要介護認定を申請せずに、障害福祉サービスのみ利用を要求していることについては、次のように説明している。

²⁴ 前掲(19)の第4。

²⁵ 前掲(19)の第3の2。

障害福祉サービスの種類や利用者の状況は、あくまでも、利用者が必要とするサービスの種類やその内容などを想定しているものであり、利用者の経済状況を含むものではない。自らの経済的事情をもって介護保険法による要介護認定の申請を行わず、65歳に達した日以降においても、同法に基づく介護保険サービスの支給を受けることなく、これまでと同様に法に基づく重度訪問介護のみの支給を受けることは可能であるとの主張は、請求人独自の見解に基づくものであり、これを認容することはできない²⁶。

ただし、移動中の介護を含む一切の自立支援給付を行わないとした不支給決定処分については、介護保険法による要介護認定の申請が行われなかったという事情を考慮しても、支援法第7条の趣旨及び厚生労働省の通知の内容からも妥当性を欠き、不当なものであったと認めている。また、支給決定基準と異なる支給決定、いわゆる非定型給付の支給決定において、障害程度区分6の要件に加え、要介護5の要件が必要であるとの点については、何ら明文化されておらず、少なくとも「日常生活を営むことが困難であると認められること」と要介護5との関連性について、十分な疎明がなされているとは認められないと指摘している。

しかしながら、結果的には、不支給決定処分の後、移動中の介護の不支給決定処分の取り消し、要介護認定により新しい給付決定がなされることで、以前のサービス支給水準に戻り、問題が解決しているとの判断を示した。なお、「原処分により請求人の生存権が侵害されたとはまではいえない」、「意見聴取の判断は、基本的には市町村の裁量に任されている」、「請求人の個別の事情にも配慮されたものである」などの説明を加えながら、不支給決定処分の違憲性・違法性についても認められないとし、結論的には審査請求の内容をすべて却下したのである。

このような岡山県の裁決を受け入れることができなかった浅田さんと弁護団は、岡山地方裁判所に訴訟を提起した。それ以降、この訴訟は、「浅田訴訟」と呼ばれる介護保険優先原則をめぐる代表的な事例となった。次節では、「浅田訴訟」における争点を整理しながら、その判決内容の分析を通して、介護保険優先原則をめぐる問題解決に向けた「浅田訴訟」の意義と課題について考察する。

²⁶ 前掲（19）の第3の3。

第3節 「浅田訴訟」の判決とその意義

本研究において、「浅田訴訟」の分析を通して明らかにしようとすることは、次の2点である。

まず第1は、訴訟過程で表れた支援法第7条、いわゆる介護保険優先原則をめぐる争点を整理することで、当事者だけではなく、この問題に対する自治体の認識を確認することである。前節で確認したように、介護保険優先原則に対する障害当事者や家族、支援団体などからの批判や問題指摘はさまざまな形で表れている。反面、これらに対するサービス提供主体となっている自治体の考え方は、今まであまり詳しく示されてこなかったためである。介護保険制度と障害者福祉制度の運用において、自治体が支援法第7条をどのように解釈しており、これに対する国の考え方を示した厚生労働省の通知についてはどう受け止めているのかなどを明らかにすることで、改善が求められる問題の要素を導出することができると思う。

そして第2は、「浅田訴訟」の判決の意義と、そこから導かれる課題を明らかにすることである。結論から言うと、「浅田訴訟」は原告の全面勝訴という判決が出されたことで一段落がついた。しかしながら、原告弁護団の弁護士が高裁判決について説明を行う集会で、「判決が一般論を述べることもあるが、判決書の述べる一般論には、安易に期待しない方がよい」（光成 2019）と指摘したように、この判決で介護保険優先原則をめぐる問題解決が図られるとは言い難いのが現実である。したがって、介護保険優先原則をめぐる問題に関する大きな先例となりうる「浅田訴訟」の意義と課題を考察し、問題解決に向けた働きかけの手掛かりを模索することは、本研究において重要な課題の一つになる。

以上を踏まえて、以下では、まず「浅田訴訟」の主な争点を整理し、それにかかわる判決の内容を中心に分析を行ったうえで、「浅田訴訟」がもつ意義と課題について考察する。

1. 争点の整理²⁷

自立支援給付と介護保険給付の関係

まず、1つ目の争点は、自立支援給付と介護保険給付の関係に対するものである。基本

²⁷ ここは、「浅田訴訟・主張比較表」『ささえ』（浅田達雄さんを支援する会）第90号（2018年8月6日）において浅田訴訟弁護団の古謝愛彦弁護士が整理した資料を参考にして作成。

的に、支援法第7条の規定において介護保険優先の対象となっているのは、自立支援給付である。しかし原告側は、「自立支援給付と介護保険給付は、支援の柔軟性、見守りサービスの有無、等級認定の相違などの点で給付内容が全く異なる」と主張した。そのゆえに、「自立支援給付は介護保険給付で代替できない」と、自立支援給付と介護保険給付の関係を否定している。これに対して、岡山市は、「どちらも介護が必要な者に対し介護を提供するという点では重なっている」と説明しながら、「自立支援給付と介護保険給付が全く異質のものであれば、両方を受給できることになるのが論理必然的だが、そのような併給は認められるはずはない」と反論している。

支援法第7条の解釈

2つ目は、問題の発端となった支援法第7条の解釈をめぐるものである。岡山市は、「支援法第7条は介護保険優先の原則を規定している」ものであり、そのため、浅田さんの介護保険給付の申請を行わなかったことに対する自立支援給付の不支給決定は羈束処分である」と主張している。このような岡山市の理解に対して、原告側は、支援法第7条については、厚生労働省も通知をもって柔軟な運用を市町村に要請しており、その性質上あいまいにならざるを得ないと反論した。また、「岡山市のように硬直的に文理解釈すれば、法7条が憲法違反となるため、合憲限定解釈をした結果である」と指摘した。

2007年通知で示す「適切な判断」の基準

3つ目は、介護保険優先に対する厚生労働省の考え方を示した2007年通知の解釈に関するものである。その中でも、とくに訴訟過程で争点となったのが、2007年通知で言う市町村の「適切な判断」をめぐる問題であった。2007年通知では、「市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること」を求めている。これに関して原告側は、「岡山市は浅田さんのサービス利用状況の調査などは一切行っていない」と指摘した。しかし、その指摘に対して岡山市は、「浅田さんが従前受けていた自立支援給付を介護保険給付で受けることができると具体的に判断した」と反論している。つまり、どのような基準をもって「適切な判断」を行ったと判断するのかが争点となっているのである。

自己負担の発生

4 つ目の争点は、障害福祉サービスから介護保険サービスに移行されることによって、非課税世帯の自己負担が発生する問題をめぐるものである。利用者負担の増加に関する問題は、介護保険優先をめぐる議論の中でも、核心的な争点の一つになっている。この問題に関して、原告側は、応益負担の導入などを契機として起きた障害者自立支援法違憲訴訟から基本合意に至るまでの経緯を取り上げながら、「非課税世帯の自己負担がないこととされた経緯において、65 歳以上の障害者は対象外であると検討されたことはない」と主張した。それに対し岡山市は、支援法第 7 条や 2007 年通知どこにも「利用者の経済的負担を考慮して、介護保険優先原則の例外となるとはされていない」としながら、「これらを法 7 条の解釈の根拠にすることは相当でない」と反論している。

2. 判決の検討

「浅田訴訟」は、2013 年 11 月 27 日の第 1 回口頭弁論をはじめとして、2017 年 12 月 6 日の第 21 回口頭弁論までに約 4 年間の長期にわたる訴訟過程を経て、2018 年 3 月 14 日に岡山地裁にて判決が出された。その場で裁判長は、岡山市の不支給決定が「自立支援法第 7 条の解釈・適用を誤った違法なもの」と結論付けた。これをもって、「浅田訴訟」は原告全面勝訴で一段落を告げた。しかしその後、岡山市は「支援法第 7 条の解釈について地裁判決と市の見解が異なる」²⁸ことを理由に控訴を市長専決し、後日に開かれた岡山市議会にて賛成多数で承認されることで、広島高裁岡山支部による控訴審が始まった。そして、2018 年 9 月 11 日の高裁第 1 回口頭弁論を経て、同年 12 月 13 日に高裁判決が出された。広島高裁の主文は「岡山市の控訴を棄却する」ことであった。それ以降にも上告の議論があったが、岡山市が判決を受け入れることを決めたことで、約 5 年間に及ぶ「浅田訴訟」は終止符を打つこととなった。

²⁸ 浅田さんを支援する会『ささえ』第 86 号の 3 頁。

表 10 「浅田訴訟」の主な判決内容

争点	岡山地裁判決	岡山市の控訴理由	広島高裁岡山支部判決
①自立支援法と介護保険法との関係	自立支援法と介護保険法は、その目的及び対象者を異にしており、また、給付の内容及び財源なども異にしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・どちらも介護が必要な者に対し介護を提供するという点では重なっている。 ・自立支援給付と介護保険給付が全く異質なものであれば、両方を受給できることになるのが論理必然的だが、そのような併給は認められるはずはなく、原判決は誤り。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険給付が、自立支援給付の全てに相当するとはいえない。 ・地方税法上の非課税世帯の対象者に限ってみれば、自立支援給付には自己負担額がないものの、介護保険給付には自己負担額がある。したがって、介護保険給付を受ける地位が、自立支援給付を受ける地位と同じとはいえない。
②支援法第7条の解釈	自立支援法7条はいわゆる併給調整規定であり、二重給付の回避をその目的とすると解される。	<ul style="list-style-type: none"> ・法7条は単に二重給付の回避をその目的とするだけでなく、介護保険優先の原則を規定している。 ・法7条に基づき自立支援給付の不支給決定をすることは羈束処分である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援法7条は、自立支援給付と介護保険給付等の二重給付を回避するための規定である。 ・介護保険給付を利用可能な障害者が、その申請をしない場合に、自立支援法7条に基づき、自立支援給付の不支給決定をすることは、市町村の合理的裁量に委ねられているため、羈束処分とはいえず、裁量処分と解するのが相当である。
③厚生労働省の2007年通知の解釈	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険優先ではあるが、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難。 ・障害者福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととするとしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・岡山市は、浅田さんが従前受けていた自立支援給付を介護保険給付で受けることができるかと具体的に判断した。 ・利用者の経済的負担を考慮して、介護保険優先原則の例外となつてはされていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険給付を受けることができる障害者に対しては、一律に自立支援給付の不支給決定をするのではなく、要介護状態以前の障害によりどのようなサービスが必要なのか、介護保険給付の自己負担額を支払うことが障害によりどの程度負担なのかなどを考慮して、自立支援給付を選択することが相当である場合がある。 ・通知も介護保険の申請を行うよう周知徹底を図るよう求めるにとどめていた。
④自己負担の発生	浅田さんの65歳以前の負担実態も法7条解釈の根拠の1つとなる。	・これらを法7条の解釈の根拠にすることは相当でない。	国は、合意文書をもって、法7条の介護保険優先原則の廃止を検討することを約束した。

(出典)：古謝愛彦「浅田訴訟・主張比較表」『浅田訴訟 6 年間の軌跡から』(浅田達雄さんを支援する会第 6 回学習会配布資料)、一部修正。

表 10 は、岡山地裁の判決とそれに対する岡山市の控訴理由、また広島高裁岡山支部で出された判決内容を、前節で整理した争点に合わせてまとめたものである。高裁判決は、地裁判決と比べても判決内容が大きく変わることはなく、判決の理由をより明確に示していると評価されている。したがって、以下では、広島高裁岡山支部の判決文を中心に、「浅田訴訟」の判決内容を具体的に検討してみる。

まず、障害者福祉制度と介護保険制度との関係について、広島高裁は、「自立支援給付は、すべての国民が障害の有無にかかわらず個人として尊重されるものであるとの障害者基本法の理念にのっとり、障害者などが自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付などを行うものであるのに対し、介護保険給付は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった者が、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うものである」と説明し、「したがって、介護保険給付が、自立支援給付の全てに相当するとはいえない」と結論付けている。つまり、自立支援給付と介護保険給付が、その目的及び対象を異にしており、さらに給付の内容も相違するところがあることを認めているのである。

また、支援法第7条については、「支援法第7条は、介護保険優先を規定したものではなく、自立支援給付と介護保険給付等の二重給付を回避するための規定である」との解釈を打ち出した。そのうえで、「介護保険給付を受けることができる障害者に対しては、一律に自立支援給付の不支給決定をするのではなく、要介護状態以前の障害によりどのようなサービスが必要なのか、介護保険給付の自己負担額を支払うことが障害によりどの程度負担なのかなどを考慮して、自立支援給付を選択することが相当である場合がある」としながら、「通知も介護保険の申請を行うよう周知徹底を図るよう求めるにとどめており、支給に関する判断は市町村の合理的裁量に委ねられている」と指摘した。それゆえに、「介護保険給付を利用可能な障害者が、その申請をしない場合に、自立支援法7条に基づき、自立支援給付の不支給決定をすることについては、羈束処分とはいえず、裁量処分と解するのが相当である」と、支援法第7条に基づき自立支援給付の不支給決定をすることは羈束処分であるとの岡山市の主張を否定した。

さらに、介護保険優先の適用により自己負担が発生することに対しては、「地方税法上の非課税世帯の対象者に限ってみれば、自立支援給付には自己負担額がないものの、介護保険給付には自己負担額がある。したがって、介護保険給付を受ける地位が、自立支援給付を受ける地位と同じとはいえない」と指摘しながら、「介護保険給付の費用のうち上限負担額を超えるものは、約3か月後に高額介護サービス費として支給を受け得るものの、長期にわたり重度の障害を有して収入のないことが固定化している被控訴人にとって、その費用の一時的な支払の負担が大きかったことも認められる」と、介護保険を申請しなかった理由の一つとして自己負担を取り上げた浅田さんの主張を全面的に受容した。

このように、高裁判決では、主な争点をめぐる浅田さんの主張に対する岡山市の反論をほぼ否定する形で、原告側が請求した①従前の1か月当たりの支給量を合計249時間とする自立支援給付の支給決定、②慰謝料として合計107万5000円の支払いを認めた地裁判決が相当であるとし、岡山市の控訴を棄却したのである。

高裁判決が出されてから2か月後となる2019年2月24日には、支援会の最終集会（第6回学習会）が開催され、当事者である浅田さんをはじめ、弁護団と支援者による「浅田訴訟6年間の軌跡から」をテーマとした報告が行われた。その場では、判決に関する具体的な内容や判決以降の動向、残された課題などが語られた。次項では、訴訟にかかわった人々から語られた「浅田訴訟」の成果と課題を踏まえつつ、本研究における「浅田訴訟」の意義とそこから導かれた課題について論じる。

3. 「浅田訴訟」の意義と課題

「浅田訴訟」の意義

支援会の事務局長である吉野（2018：3）は、「浅田訴訟」の全面勝訴の意義について、「①重度障害者のまっとうなねがいを司法がきちんと受け止めたこと、②浅田さんが『仲間65歳問題の解決＝介護保険を拒否し、支援法による介護だけの道』を開いたことであり、介護を受ける権利を生存権の権利の一つとして確立させたこと、③アベノミックスの社会保障削減に障害者福祉分野で歯止めをかける一つの砦を築いたこと、④岡山市のいびつな障害者観を改善させる大きな一歩を踏み出す弾みをつけたこと」などを上げている。確かに、これから各自治体における類似する支給決定の判断の際には、「浅田訴訟」の判決が重要な先例になることは間違いないといえる。

ところで、本研究においても、次に取り上げる2つの観点から「浅田訴訟」は大きな意義を持つ。まず第1は、「浅田訴訟」が各種メディアから注目されることで、介護保険優先原則をめぐる問題がクローズアップされ、世間の関心を集めたことである。「浅田訴訟」が単純な個人や地方レベルでの問題ではなく、社会問題として取り上げられたことにより、政策アジェンダが形成される環境が作られたと考える。実際に、浅田訴訟が進められていた時期に、社会保障審議会(障害者部会)における「障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ」において、「高齢の障害者に対する支援の在り方について」が主な論点として取り上げられた。そしてその結果、2018年4月から介護保険制

度をめぐる問題の改善策として「共生型サービス」や「高額障害福祉サービス等給付費」などの制度が新設されることとなった²⁹。これで介護保険優先原則をめぐる問題が解決されるとはいえないものの、「浅田訴訟」を通して制度改善への進展を遂げたことは大きな意義があると評価できる。

そして第2の意義は、裁判所が支援法第7条について、「支援法7条は、介護保険優先原則を示すものでなく、二重給付を回避するための規定である」と解釈したところにある。また、これに加えて、「自立支援給付と介護保険給付の目的及び対象が異なり、給付の内容も相違するところがある」と、自立支援給付と介護保険給付との関係に関する司法の考え方が示されることで、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる再検討が求められる環境が作られたと考える。すなわち、「浅田訴訟」の判決をきっかけに、当然視されてきた介護保険サービスと障害福祉サービスの重複可否に対する再考とともに、両サービスが重複することを前提として成立されている両制度間の調整の見直しが、これからの関連論議において重要な論点となったことも、本研究の必要性の観点から大きな意義を持つ。

「浅田訴訟」から導かれた課題

障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会（以下、障全協）は、2019年1月31日に「浅田訴訟」の判決を受けて、介護保険優先原則の運用などにかかわる問題について厚生労働省と懇談を行った。その場で厚生労働省の担当者は、「浅田訴訟」の判決については「個々のケースなので見解を示せない」としながらも、支給決定の在り方については「今後検討し、課長会議などで周知していく」と、議論の可能性も示唆したという。だが、自立支援給付と介護保険給付との関係については、「国の給付は自助・共助・公助が基本であり、それによりサービス利用者の生活が劇的に変化することがないように自治体に求めている」との発言を繰り返したと、障全協は指摘している（障全協新聞 2019）。つまり、国としては、これからも介護保険優先原則は維持しつつ、今まで通りに自治体の「適切な判断」を求めることで、直接の介入はしないとの立場を固持しているのである。

障全協は、そのような厚生労働省の姿勢について、「国レベルでも地域レベルでも、浅田訴訟の判決を制度改善に反映させる取り組みを本格化させる必要がある」と強調している（障全協新聞 2019）。しかしながら、「浅田訴訟」の判決では、「自立支援給付の支給決定に

²⁹ これらの関連政策の動向に関しては、第4章で詳しく紹介する。

については、市町村の合理的裁量に委ねられている」としている。つまり、支給決定は市町村の裁量判断で行われるとの考え方に基づいているのである。また、「高裁判決の特徴は、厚生労働省の通達を引用しており、内容的に正しいと認めている。言い換えれば、この判決で厚生労働省の通達が司法から「お墨付き」をもらった」（光成 2019）との浅田訴訟原告弁護団の指摘からも分かるように、国レベルでの改善を求めるための根拠が非常に弱いのが現実である。

それでも、介護保険優先原則をめぐる問題解決のためには、国レベルでの制度改善が必要であることは言うまでもない。「浅田訴訟」の過程で提出された岡山市福祉事務所の当時の担当者の陳述書では、「本市においても、このような事案ははじめてであるとのことでした。…障害福祉課が国に確認した結果に基づき（傍点筆者）〇〇障害福祉課長と協議し、申請は却下せざるを得ない旨を両者で確認し合い、その方向で決定することとしました」と書いている。これによると、「国に確認した結果」が当時の岡山市の不支給決定の判断に影響を与えたことは明らかである。さらに、市町村の合理的裁量判断を妨げている国の措置として、現在の障害福祉サービスの国庫負担基準における介護保険対象者の減額措置についても注目しなければならない。例えば、重度訪問介護に対する 2017 年度の国庫負担基準でいえば、介護保険対象ではない障害支援区分 6 の障害者がサービスを利用した場合、47,490 単位が支給上限となっているが、介護保険対象者に関しては、その約 30%水準である 14,490 単位を支給上限として設定しており、つまり約 70%を減額しているのである。

このような状況を踏まえてみれば、現に表れている介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる諸問題の解決のためには、自治体の「適切な判断」の判断基準を改める必要があると同時に、国レベルでの「適切な介入」を求めていくことが重要な課題となる。しかしながら、なぜ介護保険制度と障害者福祉制度の運用において国レベルでの介入が求められるのか、また、どのような介入が求められるのかを説明できる根拠がいまだに不明確である。したがって、介護保険制度と障害者福祉制度との調整関係をめぐる議論を総合的に説明できる枠組み、つまり政策理論的な根拠が必要になるのである。

以上を踏まえて、次章では、「制度間調整」という政策理論的な概念の定立を試みる。なお、この制度間調整の概念に基づき、そのあり方としての「制度間調整モデル」を提示し、介護保険優先原則をめぐる問題の改善に向けた制度間調整の課題を導出する。

第3章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の在り方に関する考察

第1節 「制度間調整」概念の理論的考察と「制度間調整モデル」の検討

1. 「制度間調整」概念の理論的考察

介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の在り方と、それに基づく政策課題を考察する際には、まず、「制度間調整」という概念を明らかにしなければならない。しかし、制度間調整という用語は、社会政策あるいは社会福祉研究の領域において、いまだに一般化されていない。日本国内の制度・政策または学術研究の領域においても、「財政調整」という用語がたまに使われているだけである。医療保険における前期高齢者医療制度がその例に当たるが、それは65～74歳の前期高齢者を対象とした被用者保険（健康保険組合等）と国民健康保険間の医療費負担を調整するための制度である。この調整によって、前期高齢者の加入者の多い国民健康保険の財政を、若年者の加入者の多い健康保険組合などから「前期高齢者納付金」の名目で支援が行われる。厚生労働省は、これを、「被用者保険との財政調整により国保の負担を軽減」する措置であると説明している³⁰。このような前期高齢者医療制度は、後期高齢者医療制度³¹のように独立した制度ではなく、あくまで「制度間の医療費負担の不均衡の調整」を行うための枠組みで設けられた制度であり³²、制度間調整の一つの類型として捉えられる。

一方、「制度間調整」という用語を直接用いた研究もある。平部（2012）は、急速に変化している福祉サービス制度に対し、所得保障制度が整合性をもって対応していないことを指摘しながら、「制度間調整の理念および具体的な方法」について考察を行っている。とくに、この研究では、障害者の所得保障制度に着目し、障害者に係る個別制度がどのような給付要件を設けており、それぞれの個別制度がどのような方法で他制度との調整を行っているのかを分析している。例えば、障害者基礎年金の場合、その障害が労働災害によるも

³⁰ 厚生労働省ホームページ「医療保険制度体系の見直し」。

³¹ 後期高齢者医療制度は、75歳（寝たきり等の場合は65歳）以上の方が加入する独立した医療制度である。対象となる高齢者は個人単位で後期高齢者医療制度に加入し、保険料を支払うことになる。

³² 味の素健康保険組合ホームページ「前期高齢者医療制度」。

なのであると認定され、労働基準法から障害補償が受けられるときには、障害基礎年金の支給が6年間停止される。反面、労災保険法上の障害補償給付と重複するときには、労災保険給付の支給額が調整されることで、障害基礎年金の受給権は停止されない。また、従来には支給事由の異なる基礎年金と厚生年金を組み合わせ受給できないとしていたが、2006年より併給調整が行われ、障害基礎年金と老齢厚生年金、障害基礎年金と遺族厚生年金といった給付の併給が認められるようになっている（平部 2012：4-5）。この研究では、それ以外にも、障害者に関連する福祉サービス給付について触れながら、それぞれの調整の方法や課題について論じている。

このように、制度間調整に関する議論は少ないながらも存在しており、多様化する社会福祉制度の中で、一つの政策的課題として取り上げられている。しかしながら、制度間調整の概念について理論的考察を行っている研究は見当たらない。上述の財政調整の場合は、財政に限られた狭義の意味として制度間調整の概念に含まれるものであり、理論的には国と地方との財政関係以外は説明できない限界がある³³。また、平部（2012）の場合、「制度間調整」という用語を使用しているにも関わらず、制度間調整の概念については整理を行っていない。実際に、研究のタイトルとはじめにのところに「制度間調整」の用語が登場しているだけで、本論に入ると同用語は一回も登場していない。

ところで、韓国で行われた朴（1999）の研究では、日本における介護保険導入に係る制度間調整をテーマに、「制度間調整」を給付の形態、調整の目的、制度の特性といった3つの基準をもって具体的に類型化し、財政調整や重複調整、併給調整などを含めた広義にわたる概念の理論的考察を試みている（表11）。この研究では、次の2つの場面において「制度間調整」が必要になると指摘している。

1つ目は、「ある制度が対象とする人口層に対して、すでに他の諸制度による給付が提供されており、重複する恐れがある場合に重複を避けるために新制度と旧制度間の役割分担を明確にするための措置」が必要になる場合である。2つ目は、「ある制度が抱えている問題の解決がその制度自体の改善だけでは不可能であるときに、関連制度あるいは国家の介入を通じてその制度の問題を解決しようとする」場合である（朴 1999：127-128）。

³³ 財政調整の「生みの親」と言われているポーピッツ（J. Popitz）は、「財政調整（Finanzausgleich）とは、国とそれを構成する地域団体との財政関係の総体である」と述べている（神野 2018：38）。

表 11 制度間調整の類型

類型	例
給付の形態を基準とした 制度間調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保険間の調整 ・ 社会保険と公的扶助（社会保障、社会福祉制度）との調整 ・ 社会保険と保健サービスとの調整
調整の目的を基準とした 制度間調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 制度の条件整備のための調整 ・ 給付の質の確保のための調整 ・ 関連制度との重複問題の解決のための調整
制度の特性に基づいた 制度間調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新しい専門職の新設 ・ 財政調整 ・ 制度間の重複を避けるための調整

(出典)：朴（1999）。

朴（1999：129）は、これらの整理を踏まえつつ、制度間調整の概念を、「ある人口層を受給対象としたり、ある社会的リスクに対応する新しい制度を導入したり、制度上のある変化が生じるとき、それと関連する諸制度との給付の重複や機能、役割分担の確立のために、そして給付水準の地域的均等化を保障するために行われる調整的性格の措置」として定義している。韓国での学術的研究においても、これが制度間調整の概念に対する唯一の定義となっており、それ以降は関連研究が進んでいない状況である。

ただし、この定義を政策または学術研究にそのまま用いると、制度間調整の目的が、「給付の重複や機能」、「役割分担の確立」、「給付水準の地域的均等化の保障」といった問題に限定される可能性がある。したがって、本研究では、朴（1999）の定義を基にしながらも、制度間調整をより広義の概念として捉えるために、「制度間調整」概念を表 12 のように再定義する。

本研究の再定義によると、制度間調整は「重複調整」と「補完調整」とに区分できる。「重複調整」とは、「新制度あるいは既制度の対象や給付などが関連制度と重複する恐れがある場合、重複を避けるために行う措置」である。また「補完調整」とは、「ある制度が抱えている諸問題を当該制度自体の改善だけでは解決不可能な場合、関連制度との調整を通して問題を解決しようとする措置」である。つまり、「重複調整」と「補完調整」といった 2 つの目的を持って行われる措置が「制度間調整」である。

表 12 制度間調整の定義

区分	内容
朴(1999)による定義	「ある人口層を受給対象としたり、ある社会的リスクに対応する新しい制度を導入したり、制度上のある変化が生じるとき、それと関連する諸制度との給付の重複や機能、役割分担の確立のために、そして給付水準の地域的均等化を保障するために行われる調整的性格の措置」
筆者による定義	「新制度あるいは既制度の対象や給付などが関連制度と重複する恐れがある場合、重複を避けるために行う『重複調整』と、ある制度が抱えている諸問題を当該制度自体の改善だけでは解決不可能な場合、関連制度との調整を通して問題を解決しようとする『補完調整』といった2つの目的を持って行われる措置」

この定義の特徴は、朴（1999）が指摘している制度間調整を必要とする場面、つまり制度間調整の目的を、「重複調整」と「補完調整」に分けて明確に示したところにある。一方、ここで一つ問題になるのが、「重複調整」でいう「重複」をどう判断するかである。実際に、介護保険優先原則は、介護保険制度と障害者福祉制度の在宅サービスが重複するとの判断を前提として成り立つものである。だが、「浅田訴訟」の判決では、両制度のサービスについて、「その目的及び対象者を異にしており、また給付の内容及び財源等も異にしているものである」と判断している。このような「重複」に対する判断の混乱は、制度の成立過程において、福祉サービスの「重複」に関する議論が十分に検討されなかったために発生したものであると思われる。したがって、次項では、福祉領域におけるサービスの「重複」の意味について具体的な検討を行う。

2. 「重複」と「漏れ落ち」の検討

前述の通りに、制度間調整を論じる際には、「重複」という概念が重要な検討対象となる。一般に福祉サービス領域における「重複」とは、受給資格を持つ同一対象が、2 つ以上の同一あるいは類似サービスを同時に受給すること、つまり二重に受給することを意味する。

表 13 サービス連携の論理

区分		サービス 2	
		サービスの提供	サービスの未提供
サービス 1	サービスの提供	重複	適切
	サービスの未提供	適切	漏れ落ち

(出典)：ユほか (2012)。

この「重複」概念について、ユほか (2012 : 137) は、「同一人あるいは同一集団が 2 つのサービスをすべて受けている場合にはサービス重複が、そして特定集団が 2 つのサービスからすべて除外されている場合には漏れ落ち³⁴が発生する」と、「重複」概念とともに、その対義語となる「漏れ落ち」概念についても説明を加えている (表 13)。

このような「重複」と「漏れ落ち」概念は、福祉サービスを評価するにあたって有用な情報を提供する。例えば、同一対象に複数の類似するサービスが提供される場合は重複が発生し、財源の浪費など非効率の問題が課題となる。逆に、多様なサービスが提供されていても、必要な人に必要なサービスが提供されない場合は漏れ落ちが発生し、福祉サービスの効果が低下する問題が課題となるのである (チェほか 2014 : 262)。

日本においては、こうした福祉サービス領域における「重複」と「漏れ落ち」に関する議論が非常に少ないのが現状である。反面、韓国においては、福祉サービスの発展過程における重要な政策アジェンダとして、「重複」と「漏れ落ち」をめぐる議論が活発になされている。制度や政策間の連携不足が非効率な制度運用につながり、結果的には「重複」あるいは「漏れ落ち」が発生することで、政策効果が低下する場合がある。このような問題を改善するために、「重複」と「漏れ落ち」の問題を福祉サービス領域における重要な課題として取り上げているのである³⁵。

ところが、福祉サービス領域において「重複」の問題を取り上げる際には、利用者と供給者の間に大きな葛藤が生じる場合もある。厳格な意味での「重複」とは、完全に代替可能な 2 つ以上のサービス給付が同時に提供または受給された場合に該当する。一方、サー

³⁴ 原文では、「サービスの四角」という表現を使っているが、用語の統一のために、本研究では「漏れ落ち」として訳することにする。

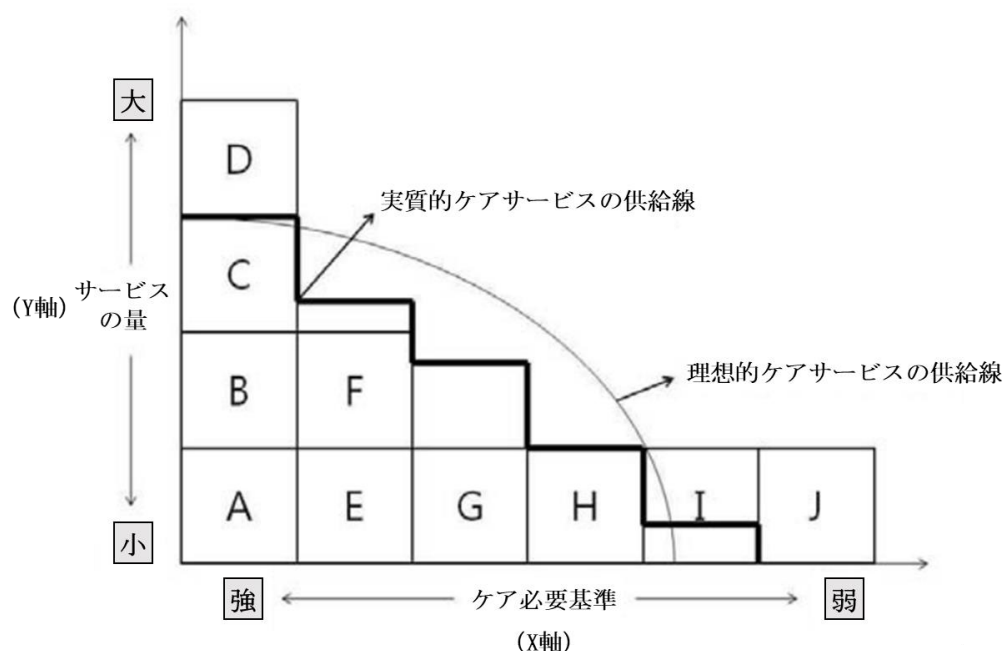
³⁵ 例えば、韓国の国家立法調査処では、2013 年 5 月に『福祉事業の「重複」と「漏れ落ち」の現況と課題』と題する懸案報告書を出し、福祉事業に関連する政策及び立法の課題を本格的に検討している。

ビス利用者の立場では、複数の給付を受給することで、ようやく福祉ニーズが充足される場合がある。この場合には、2 つ以上のサービスを同時に受給したとしても、それが「重複」であるとは認め難い。それに対し、サービス供給者の立場からは、2 つの福祉制度が対応しようとする給付対象や福祉ニーズが類似したものあるいは同一のものであるときだけでなく、ニーズや人口学的特性および所得水準などが異なっても、具体的なサービス内容で類似性が存在するなら、サービス提供の効率性の側面から「重複」が発生すると判断する可能性が高い（イほか 2013：10-11）。まさに、支援法第 7 条は、介護保険制度の介護保険給付と障害者福祉制度の自立支援給付のサービス内容において類似性（相当するサービス）が存在するという前提で成立した規定であるといえる。

これらの現状を踏まえてみれば、単純にサービス内容において類似性が存在するという事実だけをもって、制度調整が求められる重複状態であると判断していいのかという疑問が生じる。言い換えれば、「重複」概念をサービス内容の類似性だけではなく、サービス利用者のニーズの充足という観点からも検討する必要がある。そうすると、「重複」の対義概念として取り上げている「漏れ落ち」を、単純にサービスの対象から排除されていることだけでなく、サービスを受給していても必要とするサービスのニーズが充足されていない状態までを含む概念として、より広く捉えることも可能になる。

ところで、このような観点から「重複」と「漏れ落ち」の概念を検討する際には、まず、個人が必要とするサービスに対して、どのようなサービスをどのくらい提供すれば適切であるのかを明確にしなければならない。この点については、いままで十分に論議されて来なかったのが現状であるが、チェほか（2014）の研究は、これからの福祉サービスにおける「重複」と「漏れ落ち」をめぐる議論に重要な論点を提供している。同研究では、次の図 2 を提示しながら、ケア（福祉）サービスにおける「重複」と「漏れ落ち」の再定義を試みている。

図2 適切なサービス供給線のイメージ



(出典)：チェほか (2014)。

図2は、サービスの供給線という仮想のラインを通して、適切なサービスの水準を導出する試みを表している。「サービスの供給線」は、サービスのニーズ³⁶を表す「ケア必要基準」(X軸)が左方向の「強」になるほど、提供すべき「サービスの量」(Y軸)が上方向の「大」となり、逆にX軸が「弱」になるほど、Y軸は「小」となるという仮定から成り立っている。X軸が表すサービスのニーズは連続的であるため、「理想的ケアサービスの供給線」は曲線の形になるが、現実的には等級(例えば、要介護認定)などにより「サービスの量」が決まる現制度の仕組みを考慮すると、「実質的ケアサービスの供給線」は階段の形になる。以下では、図2をもう少し具体的に検討してみる。

まず、X軸の一番左(強)に位置している受給対象のニーズを充足させるためには、Y軸のサービスA+B+Cが必要になる。つまり、A、B、Cの3つのサービスが同時に提供されることで、適切なサービスが供給されたといえる。その際、サービスA、B、Cがそれぞれ異なる制度による個別サービスであって、同一対象に3つのサービスが同時に提供されたとしても、それ自体が「重複」であるとはいえない。ただし、もしサービスA+B+Cに加えて

³⁶ チェほか (2014) は、ここでいうニーズとは、「公的」あるいは集合的に満たされるニーズを意味しており、必ずしも個人のすべてのニーズを意味することではないと説明している。

サービス D が提供されるなら、それはサービス量の「過剰」の問題になる。一方、X 軸の位置とは関係なく、同じサービス量である A, E, G, H がそれぞれの対象に提供される場合、すべての対象が同程度のサービスを受けられることで「重複」や「漏れ落ち」は発生しないと判断される。しかし、この場合は、サービスのニーズに応じた必要なサービスの量が確保されない問題が発生する。例えば、X 軸の一番左（強）に位置している受給対象では、B+C 部分のサービスが足りなくなる。また、その左側に位置している受給対象の場合は、F 部分のサービスが充足されないのである。すなわち、サービスのニーズの観点からみれば、1 つのサービスが公平に提供されたとしても、受給者の状況によってはニーズが充足されない「漏れ落ち」が発生するとみなすことができるのである（チェほか 2014 : 265）。

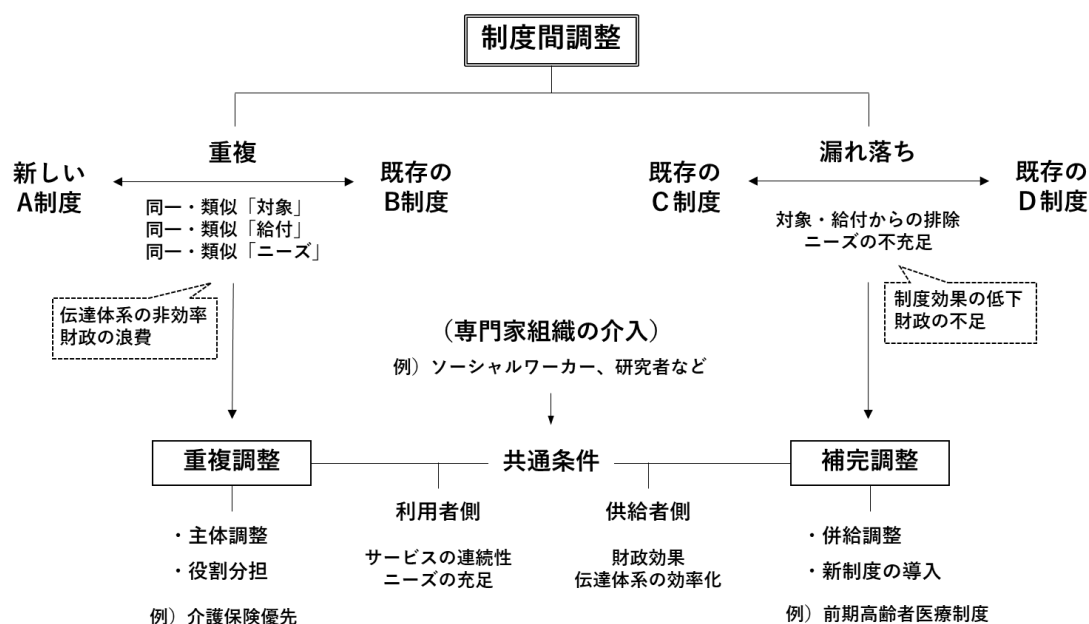
ここで、個人の福祉ニーズは固定化しているわけではなく、状況によっては変化するものであることに注意しなければならない。例えば、「ケア必要基準」（X 軸）が何らかの理由で A から E に移った場合、適切なサービス供給として考えられていた「サービスの量」（Y 軸）の A+B+C がそのまま提供されると、C は過剰サービスになる。したがって、「重複」と「漏れ落ち」を判断する際には、持続的な受給対象へのモニタリングが重要な判断基準となるのである。

要するに、サービス利用者のニーズは、給付対象と給付内容とともに、給付が「重複」しているか否かを判断する重要な基準となりうる。また、そのような判断の結果により、制度間調整の方向も変わる可能性がある。一般的には、個人に 2 つ以上のサービス給付が提供された場合は「重複」とみなされ、「重複調整」が必要であると判断されることが多い。しかし、1 つのサービスが提供されたとしても、個人が必要とするサービスのニーズが必ずしも充足されるとは限らない。つまり、同一対象に 2 つ以上のサービスを提供することで初めて利用者の福祉ニーズが充足される場合がある。この場合には、1 つの制度だけでは対応できない「漏れ落ち」の問題に対して、他制度との連携を通して対応を図る「補完調整」が必要となるのである。

3. 「制度間調整モデル」の検討

以上の議論を踏まえて、ここからは、福祉サービス領域における「制度間調整モデル」の構築を試みる。

図3 「制度間調整モデル」の構造



(出典)：筆者作成。

図3は、「制度間調整」概念の再定義と、その中で重要な論点となる「重複」と「漏れ落ち」概念の検討、そして前章で検討した「浅田訴訟」から導出された問題や課題を手掛かりに構築した「制度間調整モデル」の構造を表したものである。以下では、制度間調整を構造化した「制度間調整モデル」について、その具体的な内容を確認してみよう。

まず、新しい制度Aが制定される過程において、既存のB制度との間に、それぞれの対象の人口学的特性や、対応しようとするニーズ、提供しようとする給付内容などで重複の発生が問題化する場合がある³⁷。この場合、そのまま新しい制度Aが施行されると、重複によるサービスの伝達体系の非効率や財源の浪費などが問題化する恐れがあり、これらの問題を防ぐための措置として、B制度との「重複調整」が必要になる。そして、この「重複調整」により、新しいA制度と既存のB制度の間では、供給主体の調整や役割分担の調整などが行われるのである。

³⁷ もちろん、対象、給付内容、ニーズなどすべてが重複する場合もあり、1つの項目において重複が発生する場合もある。対象、給付内容、ニーズなどがすべて重複すると判断される場合は、制度間調整よりは1つの制度に統合あるいは代替することが効率であると考えられる。ただし、対象、給付内容、ニーズなどが制度全体において重複することではなく、一部の給付において重複するケースが多い。

例えば、介護保険制度が導入された際に、制度の主な対象となる高齢者は、すでに医療保険制度の対象でもあったため、両制度においては訪問看護などサービス対象や内容で重複する給付が存在すると判断された。この問題に関しては、介護保険の円滑な実施のために、健康保険法第 55 条（他の法令による保険給付との調整）の改定により、重複する給付を介護保険給付に移行するという形の調整が行われた（朴 1999：135）。すなわち、高齢者を対象とする既存の医療保険制度と、同じく高齢者を対象とする新しい介護保険制度との関係において、介護保険制度からの給付を優先とする制度間調整が行われ、該当法の改定により法制化されたのである。これは重複調整の代表的な事例として取り上げられる。

一方、ある C 制度において、受給資格を持っているにも関わらず、何らかの理由で対象あるいは給付から排除されている人が多く存在したり、また給付が提供されても個人が必要とするサービスやそのニーズに十分な対応ができなかったりするなど、いわゆる「漏れ落ち」が発生する場合には、関連する D 制度との調整を通して問題解決を図る「補完調整」が必要になる。福祉制度において漏れ落ちが発生する背景としては、申請主義、所得基準、複雑な手続き、審査期間など様々な要因が挙げられるが、多くの場合、財政の不足がその主な要因として指摘される。補完調整では、1 つの制度だけでは解決できない漏れ落ちの要因を解消または改善するために、他制度との併給を認めることで不足分の給付を補完したり、場合によっては新制度を導入することで問題改善を図ったりするなどの調整が想定できる。財政調整の例として前出した前期高齢者医療制度は、関連制度との調整を通して、財政の確保を図るために新制度を導入した補完調整の代表的な事例として捉えられる。

このように、重複調整あるいは補完調整は、それぞれの状況や目的に合わせて多様な仕組みとして行うことができる。ただし、制度間調整が行われる際には、利用者側と供給者側それぞれにおいて、必ず確保されなければならない「共通条件」が存在する。まず、供給者側の観点からすると、制度間調整を通して確保しようとすることは、主に制度運用の効率化と財政効果であると考えられる。これに対し、利用者側からは、制度間調整を通してニーズに沿った十分なサービスの確保とともに、サービスを必要とする現在の状態が変わらない限り、重複調整がなされるとしても日常生活が維持できるようなサービスの連続性が確保されることが求められる。

しかしながら、今まで確認した事例からも見られるように、制度間調整は基本的に政府あるいは行政の判断により行われる措置であるため、供給者側の条件が優先される傾向が強く、逆に利用者側の条件については、その実態さえ把握されていないのが現実であった。

実際に、二重給付つまり重複を避けるための介護保険優先という措置により、利用者にとってはサービスの量と質がともに低下し、低所得者でありながら自己負担の発生による支出の増加のため日常生活さえ維持できなくなる実態が、浅田訴訟など多数の事例を通して明らかになっているのである。

したがって、ここで提示する「制度間調整モデル」において最も強調したいところは、制度間調整の目的として、利用者側の利益を供給者側の利益と同一線上に配置させるところにある。そして、その利用者側と供給者側の相互間の共通条件を満足させるためには、それぞれの条件を具体的に把握し標準化することで、適切と判断される接点を模索する作業が重要な課題となる。その過程においては、供給主体や利用者だけではなく、ソーシャルワーカー、各制度にかかわる専門職（介護支援専門員や相談支援専門員など）、関連研究者など、適切な制度間調整の在り方を探るための専門家組織の役割が重要であると考え。つまり、制度間調整の内容や方法の論議段階から利用者側と供給者側との意見調整を行う専門家組織の介入が求められるのである。

小括

以上の内容を整理すると、まず制度間調整の目的は、関連制度との重複を避けるための「重複調整」と、関連制度との調整を通してその制度が抱えている諸問題を解決しようとする「補完調整」として分けられる。ここで一つ問題となるのが、重複調整でいう「重複」をどう判断するかである。これに関しては、「重複」をサービス内容の類似性だけではなく、サービス利用者のニーズの充足という観点から捉える必要があり、そのためには重複の対義概念である「漏れ落ち」を、単純にサービスの対象から排除されている状態だけでなく、サービスを受給していてもニーズが充足されていない状態までを含む概念として捉える必要があることを指摘した。そして、「制度間調整モデル」では、利用者側と供給者側それぞれにおいて、制度間調整を通して確保しなければならない「共通条件」を提示した。その共通条件とは、利用者側ではサービスのニーズの充足とサービスの連続性が確保される一方で、供給者側からは制度運用の効率化と財政効果が確保されることを意味する。制度間調整を行う際には、こうした利用者側と供給者側の相互間の共通条件を満足させることが主な課題となるのである。

ところで、重複調整と補完調整が同時に行われなければならない特殊なケースがある。まさに介護保険制度と障害者福祉制度との調整関係がそれである。次節では、介護保険制

度と障害者福祉制度との関係において、制度間調整が必然的となる背景と、その中で重複調整と補完調整をともに行わなければならない理由について論じる。

第2節 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の必然性とその在り方

1. 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」の必然性

高齢者介護と障害者福祉の関係をめぐっては、諸外国においても各国の社会保障体系に合わせてさまざまな議論が存在している。例えば、日本に先行して社会保険方式により介護ニーズへの対応を図る介護保険法を導入したドイツでは、被保険者および受給者に関しては、年齢によってサービス利用を制限する仕組みを取っていないため、介護サービスの受給に当たって若年障害者もその対象になっている。また、スウェーデンでは、税方式による社会サービスの一環として、年齢の区別なしに介護サービスを基礎自治体（コンミューン）が提供する社会サービス法（1982年施行）が導入されている。一方、日本のように、年齢によってサービス利用を制限する仕組みとなっている国もある。例えば、フランスでは、障害者の総合的な対策を目的として策定された障害者基本法が1985年から施行されており、2002年1月には高齢者（60歳以上）を対象とする個別自立手当制度（Allocation Personnalisée d'Autonomie：以下、APA）が導入されている。APAは、全国共通の要介護認定基準やケアマネジメントを導入しているなど、日本の介護保険に類似する制度であるが、その財源を障害者福祉と同様に税方式で賄っているのが特徴である（峯村2006：7）。

日本では、2000年に介護保険制度が導入されたことで、介護ニーズに対応する介護保険制度と障害者福祉制度が別々の制度体系として実施されることとなったのは周知のとおりである。ただし、高齢者介護と障害者福祉については、介護保険制度の施行当初から一つの制度として再編成することについての議論があった。それ以降、両制度における利用者の急増と予算不足の問題を背景として、2005年の介護保険法の改正を控えて、介護保険制度と障害者福祉制度の統合論がより活発に行われるようになった（峯村2006：4）。

政府の狙いは、従来の障害者福祉制度を給付と負担が連動している介護保険制度に統合させることで需給抑制効果を期待するとともに、若年障害者の介護ニーズに対応することを名分として、介護保険の第2号被保険者の年齢を40歳から20歳に引き下げることで財政の安定化を図ることであった。しかし、この議論については、障害当事者やその家族だ

けではなく、事業主など経済界からも強い反発を受け、議論が延期されているところである。

このように、日本においては、高齢者介護と障害者福祉が年齢により対象を区分する仕組みとなっているのが現状である。問題は、異なる制度である介護保険制度と障害者福祉制度との間に、その対象と給付の一部において重複が発生していると判断されており、しかも、各制度の財源が保険方式または税方式で異なる仕組みを採用しているため、円滑な調整ができないところにある。

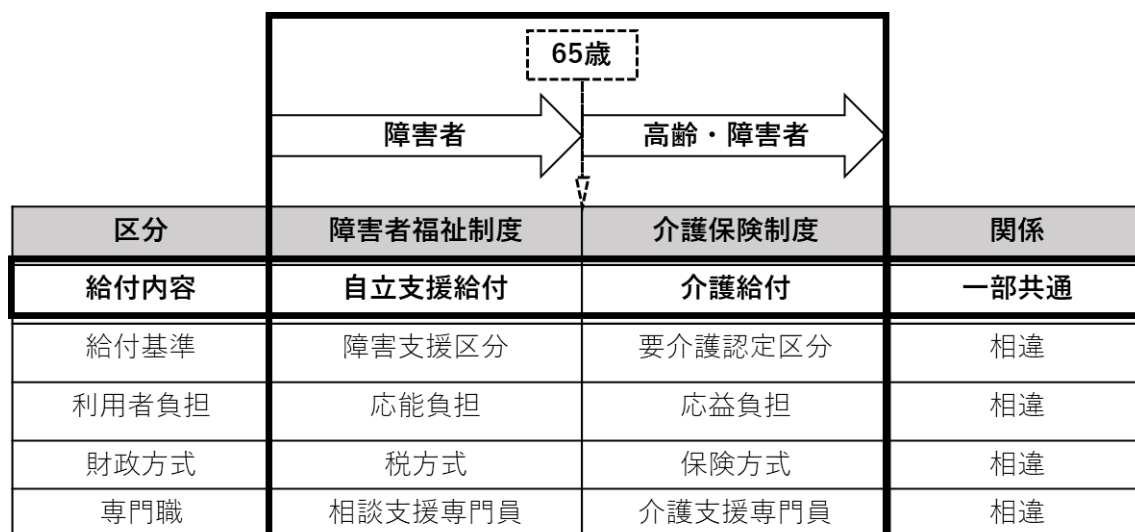
もう少し具体的に言えば、まず、介護保険制度の対象は65歳を起点として年齢で区分されるため、福祉サービスを必要とする障害者の場合、64歳まで障害者福祉制度を利用してきたとしても、65歳からは基本的には介護保険制度の対象となる。しかし一方で、障害者福祉制度には年齢制限がないため、65歳になったとしても制度対象から排除されることではない。つまり、65歳以上の高齢障害者は介護保険制度と障害者福祉制度の両方の対象になりうる。また、在宅サービスに限り、介護ニーズに対応する給付の中では、少なくともその内容や機能で一部共通するサービスが存在していると判断されている。すなわち、介護保険制度と障害者福祉制度の間には、その対象（高齢障害者）と一部の給付（在宅サービス）において重複が発生しているのである（図4）³⁸。

ところで、この問題に関しては、例えば、先に紹介したドイツやスウェーデンのように、高齢者介護と障害者福祉を年齢によって区別せず、一つの制度で対応しているのであれば、基本的には対象の重複問題は発生しない。逆に、フランスのように、高齢者介護と障害者福祉を年齢によって区別していても、各制度の財源として同様の税方式を採用しているのであれば、制度間の対象の円滑な移行が可能になる。これらに対し、日本の場合は、高齢者介護と障害者福祉を年齢によって区別しており、さらに財源も保険方式と税方式で異なっている。両制度において「制度間調整」が必要になる理由がここにある。

なお、日本政府は、介護保険制度と障害者福祉制度の統合に関して検討を、「延期」という形で議論の余地を残しているが、「障害者福祉制度は現行の介護保険制度との統合を前提とせずに、別個の法体系として制度設計されるべき」という骨格提言の考え方がこれからも生かされるのであれば、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整は必然的な政策課題となる。

³⁸ この内容に関しては、次項でより具体的な検討を行う。

図4 介護保険制度と障害者福祉制度との関係比較



(出典)：筆者作成。

2. 「重複調整」と「補完調整」の観点から見た「制度間調整」の在り方

日本の介護保険制度の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなる。そのため、65歳に達した障害者も、施設入所など法律で定められている適用除外となる者の以外には、基本的に介護保険の第1号被保険者となり、介護保険制度の給付対象となる。しかしながら、障害者福祉制度においては年齢制限がないため、65歳以上の高齢障害者であっても基本的には障害者福祉制度の給付対象として維持される。つまり、高齢障害者に対しては、どの制度が対応するのかという制度間の主体調整（制度間調整）が必要になってくるのである。

ただし、両制度のサービス内容や機能が全く違うのであれば、対象が同一あるいは類似しているとしても、それぞれの制度で必要とするサービスを提供することで、問題は済むはずである。しかしながら、厚生労働省の関連通知や岡山市の事例からも確認できるように、供給主体となる国や自治体は、介護保険制度と障害福祉制度における在宅サービスにおいて、給付の内容や機能から重複が発生すると判断している。

表 14 介護保険サービスと障害福祉サービスの整理

サービス種別等	区分			区分整理の根拠等
	1	2	3	
居宅介護			○	両制度の所管範囲等から見て部分一致
重度訪問介護			○	外出を含めた包括支援、対象が重度障害者
同行援護	○			外出（社会参加）の支援は介護保険にはない
行動援護	○			外出時の危険回避の支援は介護保険にはない
療養介護	○			重心施設等の年齢超過児等に対する支援
生活介護			○	生産活動が中心となる場合など一部において異なる
短期入所			○	重度障害者に対する支援
重度障害者等包括支援		○		基本は訪問、対象は著しく重度の障害者に限定
自立訓練		○		医学的管理の有無等及び生活リハビリテーション等の内容・対象等
就労移行支援	○			就労に関する支援は介護保険にはない
就労継続支援	○			就労に関する支援は介護保険にはない
共同生活援助		○		支援時間や目的等において異なる
補装具	○			補装具という“考え方”自体が介護保険にはない※
日常生活用具			○	品目において介護保険と一部相違
移動支援事業	○			外出（社会参加）の支援は介護保険にはない

※ただし、「車いす」「歩行器」「歩行補助つえ」は、「用具」として介護保険で対応できる場合がある。

- ・区分1：介護保険に相当するサービスがないことが明らかなもの
- ・区分2：介護保険に外見上類似すると思われるサービスがあるが内容として異なるもの
- ・区分3：一定の共通点があるが、障害の状況等によっては異なる支援が含まれるもの

（出典）：兵庫県相談支援ネットワーク（2016）。

これに関連して、浅田訴訟の判決では、「自立支援給付は、すべての国民が障害の有無にかかわらず個人として尊重されるものであるとの障害者基本法の理念にのっとり、障害者などが自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付などを行うものである。これに対し、介護保険給付は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった者が、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うものである」と、介護保険制度と障害者福祉制度におけるサービスの相違を認める旨を示している。しかしその一方で、判決文の最後には、「したがって、介護保険給付が、自立支援給付の全て

に相当するとはいえない」と結論づけている。言い換えれば、その「全てに相当するとはいえない」という表現からは、「全てではないが一部の共通するところはある」という解釈の余地を残しているのである。

また、兵庫県相談支援ネットワークが 2016 年 3 月に出した「兵庫県高齢障害者ケアマネジメント充実強化事業」と題する報告書は、表 14 のように、介護保険サービスと障害福祉サービスとの共通点や相違点の整理を行っている。報告書では、介護保険サービスと障害福祉サービスの種類ごとに、介護保険に相当するサービスがないことが明らかなものを「区分 1」、介護保険に外見上類似すると思われるサービスがあるが内容として異なるものを「区分 2」、一定の共通点があるが障害の状況等によっては異なる支援が含まれるものを「区分 3」に区別し、その根拠までを示している。この整理によると、「居宅介護」「重度訪問介護」「生活介護」「短期入所」などが「区分 3」に区別されており、一部の在宅サービスにおいて一定の共通点が見られると判断していることが分かる。

要するに、介護保険制度の介護給付と障害者福祉制度の自立支援給付の間には、それが一部であるとしても、給付内容や機能から重複するサービスが存在することは否定できない。厚生労働省は、この重複の存在を前提としながら、支援法第 7 条に基づき、障害福祉サービスに相当するサービスが介護保険法から受けられる場合は、原則介護保険サービスの利用が優先されるとの介護保険優先で主体調整を行ったのである。また、この措置については、「日本の社会保障は、自助を基本としつつ、共助が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に社会福祉などの公助が補完する仕組みを基本とすることを踏まえると、現行の介護保険優先原則を維持することは一定の合理性がある」（小泉 2016：10）とされている。しかし、この介護保険優先原則が 65 歳になった障害者の生活に様々な問題をもたらしているのが現状である。

これらの状況を、前節で提示した「制度間調整モデル」に基づき整理してみると、次のようになる。

まず、介護保険制度の導入当時から障害者福祉制度との間に対象と給付に重複が発生する恐れがあると判断され、それによる制度運用の非効率化や財政の浪費を避けるために重複調整が行われた。しかし、介護保険優先という主体調整により、供給者側からは伝達体系の効率化と財政効果の確保が図られたが、利用者側においてはサービスの連続性やニーズの充足が確保されず、むしろサービスの量と質の低下や自己負担の増加などによるニーズの不充足問題、つまり漏れ落ちが発生している実態が多数の事例を通して明らかとなっ

ている。すなわち、介護保険制度と障害者福祉制度間の重複調整により、65歳となった障害者に対するサービスの供給主体が障害者福祉制度から介護保険制度に移行されることとなっているが、この調整により、介護保険制度だけでは対応できない新しい諸問題が発生しており、その問題に関しては再び障害者福祉制度との補完調整を通じた問題の改善が求められるのである。

この問題について、介護保険制度の導入当時からある程度予測されていたことは、第1章1節においてすでに確認した通りである。厚生労働省は通知などを通して、障害福祉サービスとの併給（いわゆる上乗せ給付と横出し給付）を条件付きで認めることにより問題の解決を図ってきたが、この対応は、むしろ供給主体となる自治体への混乱を加重させる結果をもたらした。厚生労働省の対応が有効でなかった主な理由は、支援法第7条の導入により介護保険優先原則という重複調整は法制化された一方で、補完調整に関しては法制化が図られず、法的拘束力を持たない通知や事務連絡などを用いて自治体の判断に委ねたためである。なお、どのような問題が発生しており、どのような補完調整が必要であるのかについても、近年まで具体的な検討がなされてこなかったのも大きな問題として指摘できる。

3. 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」における課題

ここからは、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整における課題について考察を行う。次に示す図5-1と図5-2は、制度の対象と給付それぞれにおいて、介護保険優先原則の適用により、制度間調整を通して確保されるべき利用者側の条件であるサービスの連続性とニーズの充足がどうなっているかをイメージし、そこから導出される課題を表したものである。

図 5-1 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」における課題のイメージ①

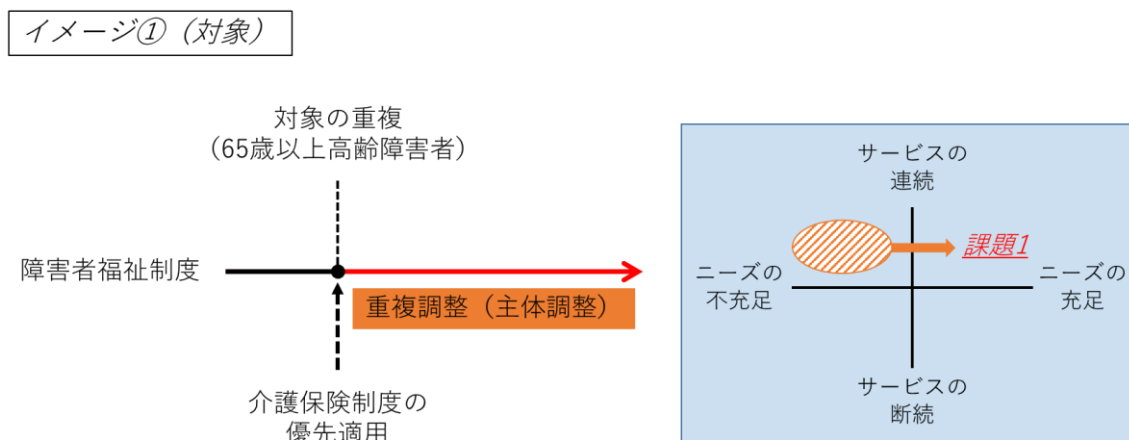
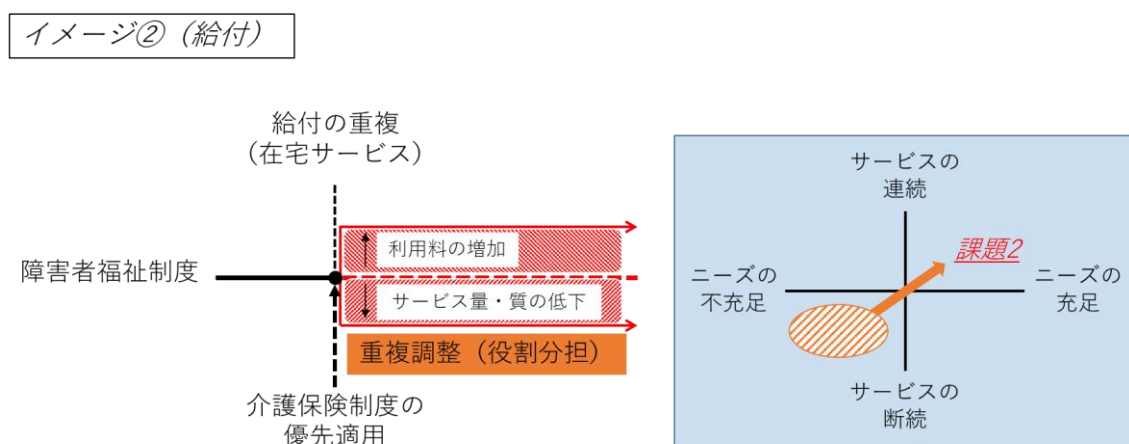


図 5-2 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」における課題のイメージ②



(出典)：筆者作成。

まず図 5-1 を見てみると、障害者福祉制度を利用してきた障害者が 65 歳になることで、介護保険制度との対象の重複が生じ、その重複を調整するために、介護保険制度を優先的に適用する主体調整が行われたことが分かる。この重複調整が行われることで、65 歳となった障害者は、基本的には障害者福祉制度の対象から排除されることになるが、その代わりに介護保険制度からサービスが提供されるため、サービス対象としての連続性は維持されるといえる。しかし一方で、障害者の状況や福祉ニーズとは関係なく、年齢によってサービスが変わる仕組みとなっているため、サービスの対象としての連続性は確保されなくても、ニーズが充足されない問題が生じうる。

第2章1節で確認した厚生労働省が行った実態調査の結果を振り返ると、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケースの有無」に関する調査項目では、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケース」が「ある」と答えた自治体は36.3%であり、65歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用を希望している障害者が少なくない現状が確認されている。そして、その理由として、「自己負担の発生」や「現に受けられたサービスが受けられない」、「介護保険優先適用の考え方が理解不能」などが挙げられている。つまり、介護保険サービスの利用が優先適用されることに対する当事者の理解が十分に得られていない現状が明らかになっているのである。したがって、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整における第1の課題は、介護保険優先原則という重複調整により損なわれているサービス利用者のニーズを充足させることである。

次に図5-2は、介護保険制度と障害者福祉制度における給付調整のために行われる役割分担により、どのような問題が発生しているのかを表している。主体調整として介護保険優先が適用されることで、基本的には介護保険からのサービスを利用することになるが、施設サービスなど共通しないサービスの場合は例外となるため、主には在宅サービスの利用がその対象になっている。ただし、障害者が利用してきた在宅サービスの中にも、移動介護など介護保険にはないサービスが存在しているため、それらの共通しないサービスに限り、障害福祉サービスをそのまま利用できるように措置（横出し給付）している。また、介護保険にはサービス利用の上限があるため、介護保険だけでは既存のサービス量が確保できない場合があり、その足りないサービス量については、市町村の判断により障害福祉サービスから補完的にサービスを提供（上乗せ給付）するサービスの併給を認めている。

しかしながら、浅田訴訟の事例からも明らかになったように、その役割分担だけではサービスの連続性が確保されないのが現実である。介護保険のみでは足りないサービスの量を算定する基準が定立されていないため、障害福祉サービスからの上乗せ給付が提供されても、既存のサービス量が確保されない場合がある。また、市町村ごとに上乗せ給付の支給決定基準が異なるため、同じ状況であっても上乗せ給付を行っていない市町村も存在している。さらに、もし上乗せ給付が十分に提供され、既存のサービス量が確保されたとしても、介助を担当したホームヘルパーが変わったり、今まで利用してきた事業所が変わったりするなど、慣れた環境の変化への不適応により、既存の安定した生活が崩れてしまうケースも生じている。つまり、サービスの質の低下が生活の質の低下につながっている実態が確認されているのである。

なお、介護保険サービスの利用に当たっては、応益負担が適用されることで、低所得者の場合、1割の新たな自己負担が発生することも大きな問題として指摘されている。介護保険制度には高額介護サービス費制度が設けられており、サービス利用量が多い利用者の場合、介護保険サービスを利用することで負担が軽減されるケースもあるが、障害福祉サービスを無償で利用してきた低所得者の場合は、負担がむしろ増加する問題が発生しているのである。

このように、介護保険制度と障害者福祉制度との重複調整として介護保険優先が適用されることで、サービスの量や質が低下するとともに、自己負担も増加する矛盾が起きている。すなわち、制度間調整を通して確保されるべきサービスの連続性とニーズの充足が重複調整により損なわれており、したがって、給付内容におけるサービスの連続性とニーズの充足を確保するための制度改善が、第2の課題となる。

それでは、サービス利用者のニーズの不充足問題やサービスの断続問題を改善するためには、具体的にどのような政策改善が求められるのか。また、その政策課題について、どのような政策提言ができるのか。最後の第4章では、まず、日本における先行研究と近年の政策動向を検討しつつ、その到達点と限界について考察する。また、似たような状況に置かれている韓国の事例を紹介し、そこから得られる日本への示唆を踏まえつつ、現行の介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整における問題を改善するための政策提言を行う。

第4章 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」に関する政策提言

第1節 今までの政策提言と近年の政策動向

1. 今までの政策提言

介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる諸問題の解決に向けて、今までの政策提言を検討し、その到達点を確認する。現在日本において提言されている改善策は、大きく2つに分けられる。1つは、日本障害者協議会（2013）の政策提言として、介護保険制度はそのまま維持しながら、支援法第7条の介護保険優先原則を廃止し、介護保険制度と障害者福祉制度のサービスの選択や併用を規定化することで、サービスの連続性を確保するという提案である。そしてもう1つは、障害者生活支援システム研究会により提案された「障害者高齢者総合福祉法」（以下、総合福祉法）である。現行の介護保険制度と障害者福祉制度を同時に廃止し、高齢者福祉制度と障害者福祉制度を統合した新たな法制度を新設するという提案である。以下では、その2つの具体的な内容について検討を行う。

まず、日本障害者協議会の障害と高齢ワーキンググループは、障害者65歳問題にかかわる多様な事例を分析し、介護保険優先原則がもたらしている弊害を検証した。その結果、介護保険優先原則により、必要なサービス量の未確保、サービスの質の低下に起因する症状の悪化や家庭生活の崩壊などの弊害が生じていることを明らかにした。そして、その主な原因として、障害者福祉制度とは異なる介護保険制度の認定基準や過重な費用負担などを上げた。また、このような状況であるにもかかわらず、ほとんどの障害者やその家族は、情報の不足のため介護保険優先原則について認知していない場合が多く、実際に介護保険優先原則の適用により生活上の問題が起きても、司法や新聞などに告発しない限り、サービス供給主体との協議調整の可能性すらない現状も明らかにした。しかも、障害者やその家族は支援が必要な立場であるため、サービス供給側との紛争を望まないという理由から、問題提起すらできないのが現状であると指摘した（日本障害者協議会 2013：41-42）。

障害と高齢ワーキンググループは、これらの検証結果を踏まえて、障害者が年齢に関係なく適切なサービスを受けられるよう、次の6つの政策提言を提示した。

- 第1、 介護保険優先原則は法改正により廃止し、障害者福祉制度と介護保険制度のサービスの「選択」・「併用」ができるようすること。
- 第2、 法改正までの経過措置として、「2007年通知」で認めている両制度のサービスの「選択」・「併用」が適切に運用されるように政令を定めること。
- 第3、 法改正・政令の制定に際して、要介護度や障害支援区分ではなく、個々人の状況とニーズに応じて「選択」・「併用」ができるよう基準を定めること。
- 第4、 介護保険制度を選択せざるを得ない場合は、費用負担や事業所・施設の継続利用など経済・社会的生活に変化をもたらさないよう制度的取り組みを行うこと。
- 第5、 「選択」、「併用」に関して自治体の担当課を明確にして責任の所在を明らかにし、障害者・家族に情報を開示すること。
- 第6、 介護支援専門員や相談支援専門員などが、個々人の障害への配慮ができるよう、労働環境を改善し、知識・能力の向上を図るための教育的支援も実施すること。

このように障害と高齢ワーキンググループは、現行の介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係において現れている弊害を重点的に指摘しながらも、2つの制度が並存することを前提として議論を進めている。そのゆえに、年齢による制度的差別をもたらしている現行制度の問題を改善するためには、介護保険制度と障害者福祉制度に対するサービス利用者の「選択」や「併用」を認めるべきであると結論づけているのである。

一方、障害者生活支援システム研究会では、障害者や高齢者の権利としての福祉の実現を基本理念としつつ、現行の介護保険制度と障害者福祉制度が抱えている問題の解消を目的とする総合福祉法の検討が行われた。この総合福祉法は、公的責任を大きく後退させている①利用者補助方式（現金給付）、②直接契約（自己責任）、③応益負担、④社会保険方式などといった現行の介護保険制度における仕組みを変え、①→施設補助方式、②→自治体責任による入所・利用、③→全額公費負担、④→税方式などを基礎とする仕組みの導入を想定している。さらに、障害者や高齢者に対する年齢による異なる制度の適用を否定しながら、障害者の加齢に伴う支援の特殊性を配慮した個別支援システムの在り方を含めて、新しい法制度の導入を通じた抜本的な制度の改革を図っている（伊藤 2013 : 56-57）。この

ような構想案は、2011 年に福祉国家と基本法研究会が発表した「社会保障憲章・基本法」と、障がい者制度改革推進会議の総合福祉部会が取りまとめた「骨格提言」を発展させる観点から提示されており、既存の高齢者福祉制度と障害者福祉制度を統合する福祉制度となっているのが特徴である（鈴木 2013：132）。

以上の 2 つの提言は、いずれにしても、現行の介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係を改める代表的な政策提言となっており、現行制度における諸問題の解決に向けた先駆けとなる働きかけであると評価できる。ただし、障害と高齢ワーキンググループによる 6 つの提言は、サービスの「選択」・「併用」を制度化することでサービスの連続性や利用者のニーズを確保しようとする立場では、本研究が示した制度間調整の観点から見て共通しているものの、その具体的な方策までは示されていないのは課題として残っている。また、総合福祉法は、新自由主義改革の下で進められてきた現行の社会保障システムの再編を構想している点では革新的であるが、本研究で取り上げている制度間調整の範囲を超える議論であり、また現段階ではその実現可能性についてもさらなる検討が求められる政策提案であるといえる。

2. 近年の政策動向

厚生労働省は、障害者総合支援法の附則（2014 年 6 月 27 日法律第 51 号、第 3 条）における 3 年後見直し規定等を踏まえて、2014 年 12 月 15 日に有識者を構成員とする「障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ」（以下、ワーキンググループ）を開催した。それ以降、ワーキンググループは、障害福祉サービスの実態を把握しながら、その在り方について当事者や関係者等も交えて総計 10 回の会議を行い、2015 年 4 月には「障害福祉サービスの在り方等について（論点の整理〔案〕）」を取りまとめた。その過程では、「高齢の障害者に対する支援の在り方について」が主な検討項目の一つとして掲げられた。また、この論点に関しては、別の作業チームを設けて議論を重ねた。

作業チームでは、現行の介護保険制度と障害者福祉制度との関係において、支援法第 7 条により、介護保険サービスに係る保険給付が原則的に優先されている現状を踏まえて、きょうされんなど障害者関連団体へのヒアリング調査を行いつつ意見をまとめた。そして、論点の整理案では、「障害福祉サービスの利用者が介護保険サービスへ移行する際の利用者負担について、どう考えるか」「介護保険給付対象者の国庫負担基準額について、どう考

えるか」「介護保険サービス事業所において、65 歳以降の障害者が円滑に適切な支援が受けられるようにするため、どのような対応が考えられるか」「65 歳前までに自立支援給付を受けてこなかった者が 65 歳以降に自立支援給付を受けることについて、どう考えるか」「障害者総合支援法第 7 条における介護保険優先原則について、どう考えるか」などが主な論点として取り上げられた。

こうしたワーキンググループにおいて整理された論点については、2015 年 4 月より社会保障審議会障害者部会で引き続き議論が行われ、同年 12 月 14 日には「障害者総合支援法施行 3 年後の見直しについて～社会保障審議会障害者部会報告書～」が取りまとめられた。この報告書では、これまで障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用するに当たって、①介護保険制度の利用者負担が生じること、②これまで利用していた障害福祉サービス事業所とは別の事業所を利用すること、③自治体によっては障害福祉サービスの上乗せが十分に行われず、介護保険サービスの利用に伴って支給量が減少するなどの課題が指摘されている現状を取り上げながら、介護保険制度と障害者福祉制度との連携の必要性を強調した。

これを受け、2016 年 3 月 1 日に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律案」が閣議決定され、その後国会の審議を経て関連法案が 2016 年 6 月 3 日に公布された。この法案により、高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用の促進を図るとして、2 つの新しい仕組みが設けられた。1 つは、高齢障害者が介護保険サービスを利用する場合、低所得者の利用者負担が新たに発生する問題への対策として、一定の高齢障害者に対し介護保険サービスの利用者負担を軽減（償還）する仕組みを設けることであった。そしてもう 1 つは、これまで利用してきた障害福祉サービス事業所とは別の介護保険サービス事業所を利用することになる問題への対応として、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの事業所を高齢者や障害児者が共に利用できるように法律の見直しを行うことであった。

以降、前者については、2018 年 4 月の改正障害者総合支援法の施行により、65 歳に達するまで長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた障害者に対して、介護保険サービスの利用者負担額を償還する「高額障害福祉サービス等給付費」制度が導入された。具体的には、65 歳に達するまでの 5 年間（長期入院等のやむを得ない事由による中断を除く。）にわたり、居宅介護（ホームヘルプ）、重度訪問介護（ホームヘルプ）、生活介護（デイサービス）、短期入所（ショートステイ）といった介護保険サービスに相当する障害福祉サー

ビス（以下、相当障害福祉サービス）のいずれかの支給決定を受けており、65 歳に達する日の前日において低所得又は生活保護世帯で障害支援区分が 2 以上である障害者が対象になる。これに該当する対象者には、2018 年 4 月以降の高額介護サービス費償還後の利用者負担月額のうち、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護・地域密着型通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）、小規模多機能型居宅介護といった障害福祉サービスに相当する介護保険サービス（以下、相当介護保険サービス）に係る利用者負担の全額が償還されることになる。

それから、後者に関しては、2017 年 5 月に成立した地域包括ケア強化法において、高齢者や障害児者がともに利用できる「共生型サービス」の創設が明記された。なお、介護保険法と障害者総合支援法、児童福祉法のそれぞれの法律改正により、事業所の指定基準緩和の内容が各法律に盛り込まれ、2018 年 4 月から「共生型サービス」が新制度として開始されることとなった。具体的に、「共生型サービス」とは、介護保険法または障害者総合支援法のいずれかの指定を受けているホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの事業所が、もう一方の制度の指定を受ける際に、指定基準を緩和するものである。この仕組みを利用することで、障害福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所の指定を受けやすくなり、65 歳以上の利用者が介護保険に移行されても、引き続き同じ事業所でサービスが受けられるようになることが期待される。

これらの新しい仕組みの導入は、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における介護保険優先原則という重複調整に起因する諸問題を、新制度の導入（制度の改正）という補完調整を通して改善を図る制度間調整の一種といえる。しかしながら、これらの制度間調整については、施行直後から様々な問題や課題も指摘されている。

まず、「高額障害福祉サービス等給付費」については、その対象要件にかかわる問題として、「65 歳に達する前日までの 5 年間にわたって、相当障害福祉サービスのいずれかの支給決定を受けていること」という期間を規定することにより、対象から排除される障害者が多く存在しており、逆にこの要件のため、本来サービスを必要としない障害者が早くから障害福祉サービスを利用しようとするといった矛盾が引き起こされる可能性が指摘されている。また、「介護予防サービスは含まない」としているため、介護認定で要支援 1・2 となった障害者は負担軽減の対象外となる問題もある。厚生労働省の実態調査によると、実際に障害者が介護保険に移行したとき、31.6%の障害者が要支援 1・2 と認定されていることが明らかになっている。つまり、この対象規定により、新たな「漏れ落ち」が発生す

る恐れがあるといえる。それ以外に、負担軽減措置として償還方式を採用していることによる問題も指摘されている。償還方式では一時的であっても利用料負担が発生するため、その一時的な負担もできない低所得世帯の場合は必要な支援を受けられない可能性が残っているのである（山崎 2017：88）。

次に、「共生型サービス」においても諸課題が指摘されている。「共生型サービス」の開始により、障害福祉サービスから介護保険サービスに移行されても、同じ事業所で継続してサービスを受給できることが期待されるため、サービスの連続性の確保という側面からは評価できる。しかし、異なる制度からサービスを利用することに変わりはない。介護保険制度と障害者福祉制度においては、相当するサービスと言っても、就労や社会活動の支援を要する障害者、医療・介護の支援が必要な高齢者など、それぞれの対象の特徴やニーズが異なる。このような各対象に対して、同じ事業所でサービスを提供する場合には、それぞれの目的を達成できる福祉専門職の役割が重要であり、その人材確保が大きな課題となる。それらの福祉専門職の専門性が発揮できない場合、サービスの質の低下が懸念されるためである。だが、福祉人材が不足している現状を考えると、一人の福祉専門職が多くの業務を担わなければならない可能性が非常に高い（山下 2018：45）。厚生労働省は、「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 28 年 12 月 9 日 社会保障審議会介護保険部会）において、「地域共生社会の実現に向けて、相談支援専門員とケアマネジャーが、支援に必要な情報を共有できるよう両者の連携を進めていくことが適当である」としているが、その具体的な実態や改善課題については示していない。つまり、福祉専門職の量・質の向上に必要な体制整備や人材確保が、「共生型サービス」の目的を達成するための大きな課題として残っているのである。

第2節 韓国の事例

1. 韓国における問題状況

韓国統計庁（2014；2018）によると、韓国における高齢者人口の割合は、2018 年現在、全人口の 14.3%を記録しており、高齢社会に進入している。さらに 2026 年になると、65 歳以上の高齢者人口が全人口の 20%以上を占める超高齢社会へ突入することが予測されている。韓国社会が高齢化社会に進入したのは 2000 年であり、高齢化社会から超高齢社会

に突入するのに約 26 年がかかる計算になる。これは、すでに超高齢社会に進入している日本に比べても 10 年ほど速いスピードである³⁹。このような韓国における人口高齢化の現象は障害者でも例外ではない。韓国の保健福祉部（2018）によると、2018 年末現在の登録障害者数 259 万人（全人口の約 5%）のうち、65 歳以上の障害者の割合は、2011 年の 38.0% から 2014 年 41.4% に、2018 年現在は 46.7% まで上昇しており、急速な高齢化の傾向を示している。

こうした状況の中で、高齢化に伴う障害者の福祉サービスへのニーズも急激に拡大している。しかしながら、障害者の高齢化に関しては、高齢者福祉領域においても、障害者福祉領域においても、重要な政策課題として取り扱われなかった。なお、高齢障害者⁴⁰の生活や福祉ニーズなど、その実態さえほとんど確認されて来なかったのが現状である（イ 2019：1213）。その背景には、障害者福祉制度と高齢者福祉制度が年齢を基準として二元化されている現行制度の構造的問題が存在する。

韓国では現在、65 歳未満の障害者を対象とする障害者活動支援制度と、65 歳以上の高齢者を対象とする老人長期療養保険制度が、障害者と高齢者に対するそれぞれの福祉制度として施行されている。障害者活動支援制度では、「障害者活動支援に関する法律」に基づき、6 歳以上～65 歳未満の登録障害者であって障害等級が 1 級あるいは 2 級である重度障害者のみを対象とする年齢制限を設けている。そのため、障害者活動支援給付の対象であった障害者が 65 歳になると、既存のサービス利用が停止され、老人長期療養保険制度の対象者に転換される。すなわち、「保険優先」と「年齢制限」といった根拠の違いはあるが、結果的には日本と同様に、障害福祉サービスを利用してきた障害者が 65 歳に達すると、一律に介護保険サービスの対象となるのである。

ここで特に問題となるのは、障害者活動支援制度に比べて老人長期療養保険制度の方が、相対的に自己負担は高いものの、サービスの時間（量）は少ないため、利用者にとっては制度移行によるサービスの制限や量の低下といった不利を経験するということである。例えば、在宅サービス給付の場合、障害者活動支援制度では、最大 353 万 9000 ウォンを支給することが可能であるが、老人長期療養保険制度に移行されると、給付の上限により、最大 145 万 6400 ウォンまでの支給となる。つまり、給付が半分以上に減額されるのである

³⁹ 総務省統計局によると、日本の高齢者人口の割合は、1970 年に 7% を超えて高齢化社会に入り、1995 年に 14% を超えた高齢社会に、2005 年には 20% を超えて超高齢社会に進入している。

⁴⁰ 韓国においては、65 歳に達した障害者（高齢化した障害者）を表現する用語として、「高齢障害者」と「障害老人」などが使われている。ここでは、高齢障害者に統一して使用することにする。

(イ 2019 : 1214)。このように、両制度の関係においてサービスの減少や制限などが発生する原因としては、障害者活動支援制度と老人長期療養保険制度がその目的を異にしており、そのため、対象の認定基準や給付内容においても制度的な相違が存在していると指摘されている。

高齢障害者に対する福祉サービスの混乱は、2008 年の老人長期療養保険制度と障害者活動補助事業の施行直後から、すでに引き起こされていたとみなされる (キム 2015 : 170)。当時の保健福祉家族部(現、保健福祉部)は、2008 年 2 月に韓国保健社会研究院に障害者長期療養保険推進室を設置し、海外の事例や現行の障害福祉サービスと老人長期療養保険制度との比較検討などを通じて、「障害者長期療養保険制度」の導入方策を模索し始めた。そして、2008 年 6 月には、韓国保健社会研究院にて障害者長期療養保険制度の導入をめぐる政策討論会を開催しており、そこで取り上げられたのが、①既存の障害者活動補助事業など、現行の障害福祉サービスを拡大してニーズを充足させる方策、②別の障害者長期療養保険制度の導入、③老人長期療養保険への統合といった 3 つの方策であった (パク 2009)。

その後、2009 年 7 月から 2010 年 1 月、2010 年 9 月から 2011 年 4 月にかけて、障害者長期療養保険制度のモデル事業が各地域において実施された。しかし、障害者長期療養保険の制定に関する議論では、第 1 に、社会参加へのニーズが強い障害者と介護に対するニーズが強い高齢者においてのニーズの違い、第 2 に、財政面において障害者の保険方式への編入が社会的合意を得難いため租方式が望ましいという意見、第 3 に、モデル事業で障害者が既存の活動補助サービスを希望する傾向が確認されていることなど、さまざまな限界が指摘された。それらを受け、保健福祉部は、障害者長期療養保険制度ではなく、障害者活動補助サービスの拡大型である障害者活動補助支援事業を施行することにした。それで、障害者活動補助支援事業は、2011 年 10 月から障害者活動支援制度に改定され、現在に至っている (キム 2017 : 71)。

このように始まった障害者活動支援制度と老人長期療養保険制度とでは、表面的には介護に対する家族の負担を軽減し、対象者の生活の質の向上を図るという共通の目的を持っているように見えたが、障害者活動支援制度は障害者の自立を支援することに重点を置いている反面、老人長期療養保険制度は老後の健康増進と生活安定に重点を置いている点で大きな違いが存在していた(イ 2019 : 1215-1216)。それにもかかわらず、障害者活動支援制度からサービスを受けてきた障害者が 65 歳に達すると、老人長期療養保険法による認定審査を受けることになり、その審査結果により長期療養等級が認定されることで、対象

者の意思とは別に障害者活動支援制度の給付が中止されることとなっているのである。

この問題に関して、障害当事者は勿論、その家族や関連団体などは抗議運動を展開しながら、政府に制度改善を要求している。2016 年 11 月には、一人の障害当事者が国会の正門前で、「64 歳までは障害者で 65 歳からは非障害者か！」「障害者の選択権を保障しろ！間違った法や制度を是正しろ！」と書いている布を体にかけて、一人デモを行っている姿が各種メディアに報道され、世間の関心を集めた。これをきっかけに、2016 年 12 月に国家人権委員会が報道資料を出して、「活動支援サービスを受けていた障害者が 65 歳になり、急に生活特性などが変化することではないにもかかわらず、現行制度では、65 歳になった障害者を一律に高齢者福祉の対象であると考えて老人長期療養給付の受給者に転換させることにしている。これは障害者を自立生活の主体から療養と保護の対象としてみなされるようにすることで、障害者を配慮した利用者中心の政策として見難い」と指摘し、障害者が障害の特性と環境に応じて、老人長期療養給付と障害者活動支援給付の中から必要なサービスを選択できるように、保健福祉部長官に制度の改善を勧告した（孔ほか 2018 : 10）。

しかし保健福祉部は、それから 1 年後となる 2017 年 11 月に、「両制度間におけるサービスの対象や目的などが異なり、制度間の選択を認めることはできない」とし、国家人権委員会の勧告に対して受入不可の方針を明らかにした。その理由については、「両制度で提供される給付額に差があることは認識しているが、制度間の選択権付与は、両制度の関係と相互運用方策の総合的および体系的な検討が先行される必要がある」と説明した。さらに、「選択権を付与する場合、（相対的に受給額が大きい）活動支援給付に受給者が偏重する可能性が高いため、追加財政の確保問題も検討する必要がある、同様の健康状態である 65 歳以上の障害者と長期療養給付を受けている高齢者間のサービス量の差による公平性の問題も考慮する必要がある」と付け加えている（孔ほか 2018 : 10-11）。

それ以降、韓国では両制度の関係をめぐる政策、学術、市民団体など各領域における議論が活発化されており、制度改善を求める障害者団体の運動も徐々に拡散されているところである。

2. 問題解決に向けた議論と取り組み

キム（2017 : 72-75）によると、障害者活動支援制度から老人長期療養保険制度へのサービス移行により顕在化している諸問題の具体的な原因としては、以下に示す 4 つの問題が

ある。

まず1つ目は、異なる認定基準の問題である。両制度は、日常生活動作（ADL）と手段的日常生活動作（IADL）に基づいて、身体機能の状態を把握するところに類似する部分がある。しかし、老人長期療養保険制度では認知機能、行動の変化、リハビリなどを重要認定基準としている反面、障害者活動支援制度では障害の特性や社会環境などを重要項目としているなど、それぞれの制度の特性に応じて認定調査が行われている。つまり、必要とするサービスとは異なる認定結果をもたらしうる構造的齟齬が存在しているのである。実際に、クォン（2016）の資料によると、2015年の障害者活動支援制度の利用者で、65歳に達して長期療養保険制度への移行対象となっていた724人のうち、411人（56.8%）が非認定と判定されている。これは両制度の認定基準の違いによる結果であるといえる。

2つ目は、給付内容の違いが挙げられる。老人長期療養保険制度では施設やデイサービス、ショートステイなどのサービスの利用が可能であるが、障害者活動支援制度では在宅サービスのみ利用できるため、老人長期療養保険制度への移行により、多様なサービスの利用が可能になるという利点がある。しかし、老人長期療養保険から提供される施設サービスなどには、障害者の特性を配慮した規定やプログラムなどが不在している場合が多く、高齢障害者が施設サービスを利用する際に困難を経験する可能性が高い。また、訪問介護や活動補助などのサービス内容においても相違が存在する。これは、介護を中心に日常生活を支援する老人長期療養保険制度と、障害者の自立生活や社会参加を支援する障害者活動支援制度との目的の違いによるものである。

3つ目は、両制度における給付額と自己負担が異なる問題である。老人長期療養保険制度の在宅サービスでは、月限度額を最大145万6400ウォンに設定している。これに対し、障害者活動支援制度の場合は、等級認定点数や世帯種類などに応じて追加給付の利用を可能にしているため、最大353万9000ウォンまでの利用ができる。つまり、老人長期療養保険制度と障害者活動支援制度との給付額の差が非常に大きいのである。さらに、自己負担においても、老人長期療養保険の場合は15%であるのに対し、障害者活動支援制度では基本給付が6～15%、追加給付は2～5%となっており、障害者活動支援制度の自己負担の方がより低く設定されている。これは、一般世帯に比べて低所得世帯が多く分布している障害者世帯⁴¹において、老人長期療養保険への移行が経済的に大きな負担になりうる。このよ

⁴¹ 『2017年障害統計年報』によると、2016年における全世帯の貧困率は15.9%であるのに対し、障害者世帯の貧困率は31.5%に上っており、障害者世帯の貧困率が全世帯の約2倍近く高いことが

うな給付額の減少や自己負担の増加の問題は、障害者が老人長期療養保険制度への移行を拒否する主な理由の一つとなっている。

最後の4つ目は、異なる財政方式と供給主体から発生する問題である。老人長期療養保険制度の場合は、保険料が主な財源となっている。これに対し、障害者活動支援制度は、租税を主な財源とするバウチャー形式で運用されている。そのため、老人長期療養保険制度は国民健康保険公団、障害者活動支援制度は国民年金公団で、それぞれの管理主体が異なっている。これにより、65歳になった障害者が老人長期療養保険制度の認定調査で脱落した場合、即時にサービスの連携がなされず、障害者活動支援制度の再利用までにサービスの空白が生じている。こうした問題は、両制度における異なる財政方式と供給主体により、両制度が有機的に連携されないことを原因として発生する問題であるといえる。

このような高齢障害者における両制度の構造的齟齬による不利は、両制度の制定過程において高齢障害者に対する配慮が十分ではなかったことを表すものである。そして、制度の実行後にも、それらの問題に対する十分な検討や議論が行われなかったことに起因する問題であると言わざるを得ない（キム 2015：171）。

ところで、保健福祉部は、これらの問題を解決するために、いくつかの制度改善を行っている。まず、2018年からは低所得層の利用者負担金を最大60%まで軽減する老人長期療養保険制度の自己負担軽減措置を拡大し施行している。また、65歳前に障害者活動支援を利用していない障害者が65歳以降に老人長期療養保険制度を申請した場合、認定調査で非認定になると、障害者活動支援制度や老人長期療養保険制度の両方から排除される不合理の問題があったため、非認定者には優先的に「老人ケア総合サービス」⁴²を受けることができようとしている。しかしながら、前者の自己負担軽減措置の場合、軽減を受けられるとしても、サービスの利用量によっては負担が増加することは変わらないとの問題が残る。また、後者の「老人ケア総合サービス」を優先的に利用できるとしても、障害者活動支援制度に比べて相対的に自己負担が高く、サービス給付額も少ないため、利用を拒否するケースもある。実際に、65歳以上の重度障害者のうち、何のサービスも受けていない人の割合が50%を上回っている実態が明らかとなっている（キム 2015：171）。

分かる（イほか 2017：163）。

⁴² 「老人ケア総合サービス」は、老人長期療養保険制度の等級判定外となった65歳以上の高齢者または重度障害者のうち、基準中位所得が160%以下である低所得者を対象に、ケアサービスを提供する制度である。

表 15 障害者活動支援制度と老人長期療養保険制度の比較

領域	障害者活動支援制度	老人長期療養保険制度
対象	6歳以上～65歳未満の者で、一人での日常生活や社会生活が困難な重度障害者	加齢または慢性疾患などを理由で、一人での日常生活が困難な65歳以上の者、65歳未満で認知症・脳血管疾患など老人性疾病がある者
選定基準	日常生活動作領域、手段的日常生活遂行能力、障害特性考慮領域、社会環境考慮領域など、総4領域・24項目	身体機能、認知機能、行動変化、看護処置、リハビリテーションなど、総5領域・52項目
給付種類	活動補助、訪問入浴、訪問看護そのたの活動支援給付	・在宅給付：訪問療養、訪問入浴、訪問看護、デイサービス、ショートステイ、そのたの在宅給付 ・施設給付：長期療養給付 ・特別現金給付：家族療養費、特例療養費、療養病院看病費
給付内容	・基本給付：61万～153万ウォン ・追加給付：13万～353万9000ウォン	在宅給付の月限度額：55万1800～145万6400ウォン
税源	・税金 ・自己負担 (基本給付：15%、追加給付：5%)	・保険料 ・自己負担 (在宅給付：15%、施設給付10%～20%)
伝達体系	市・区、国民年金公団	市・区、国民健康保険公団

(出典)：イ (2019)。

こうした中で、学術研究領域においても、両制度間の連携や役割分担を通して、サービス利用者が不合理を経験せずに質の高いサービスを継続的に受給できるよう、制度改善を求める声が高まっている。関連研究としては、キム・チャンウ (2015)、キム・セジン (2017)、イ (2019) などの研究があり、彼らが提示する政策の改善課題は、概ね次の通りである。

まず第1に、高齢障害者の特性とニーズが反映された認定システムの導入である。現行制度では、障害者活動支援制度の利用者が65歳以上になると、老人長期療養保険制度の等級判定を申請し受けなければならない。しかし、両制度の認定基準の違いによる対象の漏れ落ち問題が指摘されている。したがって、問題改善のためには、そのような認定過程を省略し、長期療養等級判定手続きなしで老人長期療養保険に移行できる調整が必要であるとの主張が出ている。なお、移行後には2年単位で認定の更新を行い、この過程で高齢障害者の特性が反映された認定基準で等級の更新を行う新しい認定システムの導入が提案されている。

そして第2に、老人長期療養保険制度において、障害者の特性を考慮した給付の拡大とサービス内容の充実が求められている。高齢障害者の場合、介護に関するニーズよりは社会参加などのニーズが高いという特徴が報告されている。すわわち、主に介護ニーズが強い高齢者を対象とする現行の老人長期療養保険制度の給付だけでは、高齢障害者のニーズに対応するには不十分である。そのため、今のような年齢による制度の適用を維持するのであれば、高齢障害者のニーズにも対応できるよう、老人長期療養保険制度の給付内容をより細分化する必要があるとの課題が指摘されている。

最後の第3は、老人長期療養保険制度に移行した高齢障害者に対する給付水準の調整が必要であるとの議論である。老人長期療養保険制度への移行について障害者が否定的な反応を示す理由の一つは、給付額の減少である。高齢障害者は障害に加え加齢に伴う福祉サービスへのニーズがより高くなるはずであるが、老人長期療養保険制度に移行されると、障害者活動支援制度を利用していた以前より、むしろ提供されるサービスの量が減少する現状が大きな問題として指摘されている。このような給付量の減少の問題に対する改善策としては、①制度選択の保障、②老人長期療養保険制度における障害追加給付の新設、③障害者活動支援制度とのサービス併給の承認など、多様な方策が提示されている。

一方、多面的な考察を通して、老人長期療養保険制度と障害者活動支援制度との統合可能性を提示した研究もある。イ（2013：207-209）は、両制度を対象、給付、伝達体系、財源などに分けて分析し、統合の可能性が高いと結論付けている。具体的に、対象においては両制度が選別主義を採用しており、本質的にケアが必要な人を対象にしている点で類似性が発見されると主張している。また、そのため、給付内容においても大きな違いが見つからず、最終的には社会福祉サービスに帰結されるものであると論じている。さらに、供給主体については、委託機関が国民健康保険公団と国民年金管理公団で異なるが、運用能力やサービスの質に大きな違いはないため、両制度の統合の可能性が高いとしている。ただし、財政部分では、社会保険と公的扶助という大きな違いが存在するため、この部分については社会的合意が必要になると指摘している。これに関しては、両制度が高齢や障害というリスクに対応することを目的としているため、社会保険方式で老人長期療養保険に統合することが適切であるとしながら、財政統合に関する社会的合意がなされれば、両制度の統合は実現可能であると強調している。しかしながら、このような統合可能性については当事者やその家族、関連研究者から批判されるどころか、かえって注目されてもいないように見える。

2019年8月現在も、全国障害者差別撤廃連帯所属の障害当事者らは、障害者が65歳になると障害者活動支援制度の対象から除外され、老人長期療養保険制度の対象に分類される現行制度を批判するリレーハンストを進めている（パク 2019）。なお、同じ時期に、国家人権委員会が「65歳になる障害者が障害者活動支援サービスを利用するのに不利益がないように、関連法の改正が必要である」と、この問題に関して2016年に続き再び意見を表明していることも大きな反響を呼び起こしている。国家人権委員会は、活動支援サービスを受けている障害者のうち、65歳になる障害者の数が持続して増加しており、保健福祉部が2019年7月から「障害等級制」を廃止し、活動支援サービスの支援を段階的に拡大して、利用者中心の支援体系を構築するとした背景を取り上げつつ、「65歳になり訪問介護サービスに移行されることで、給付時間が急激に減ることは、国家が高齢障害者に対する責任を放棄することである」と、その理由を説明している（ゴほか 2019）。そのうえで、国会議長に、障害者活動支援に関する法律と老人長期療養保険法などを改正することが望ましいとの意見を示したことで、今後の保健福祉部の判断が注目されているところである。

3. 日本への示唆

以上のように、現在韓国においても日本と同じく、高齢者福祉制度と障害者福祉制度との関係では障害者の年齢によってサービスが制限される仕組みが問題となっており、これをめぐる活発な議論がなされている。こうした中で、各制度における構造的な特性をはじめ、障害と高齢に対する社会文化的な認識や障害者の高齢化という人口構造の変化など、多様な面から深い類似性が指摘される韓国での議論は、関連問題に関して日本にいくつかの示唆を与えている。以下では、「研究上」と「政策上」に分けて、日本への示唆点について考察を行う。

まず、「研究上」において注目すべきなのは、両制度の関係調整や制度改善にかかわる多様な政策研究が活発に行われている点である。近年、その問題に関連する政策研究が活発化している背景には、高齢障害者を対象とした学術研究が蓄積されてきた経緯がある。高齢障害者の福祉サービスへのニーズを分析したユンほか（2000）の研究や、高齢障害者の健康状態や所得水準など生活実態を分析したクォン（2008）の研究、障害者の加齢（aging with disability）と加齢に伴う障害（disability with aging）の特性を比較したヤンほか（2011）の研究など、高齢障害者をめぐる本質的な観点からの研究が継続に進められ

てきた。また、韓国障害者開発院、韓国保健社会研究院などの国策研究機関においても、報告書などを通じて高齢障害者の生活実態を明らかにしながら、現行制度の問題点を指摘し政策課題を提示するなど、幅広い研究領域で問題状況の改善に向けた取り組みが行われてきたのである。これらの研究については、比較的に関連問題に関する学術研究がいまだに少ない日本において、参考する必要があると考える。

次に、「政策上」において、現在韓国で行われている関連研究では、法律の改善を求める議論にとどまらず、具体的な制度間調整にかかわる多面的な方策が提示されている点が注目される。基本的に、韓国では障害者活動支援制度における年齢制限の廃止が求められており、日本の場合には障害者総合支援法第7条、いわゆる介護保険優先原則の廃止が求められている。このような背景には、現行の高齢者福祉制度と障害者福祉制度との関係において、特に両制度の谷間に置かれている高齢障害者にとっては、サービスの連続性が確保されておらず、このため利用者の福祉サービスへのニーズが満たされていないという問題が存在している。すなわち、現在求められている各法律の改善が実現されるとしても、それ以降の制度運用において、どのように制度間調整を行うべきなのかに関する具体的な方策が模索されなければならない。韓国の事例では、それに関する方策が比較的詳細に提示されている。とくに、問題の改善のために国の適切な介入が求められることを示唆しているところも、重要な意義を持つ。

最後に、両制度の関係調整をめぐる改善策にかかわる議論において、韓国では利用者中心の支援体系が強調されている点も注目に値する。前述したように、障害当事者や関連団体、関連研究だけでなく、国家機関である国家人権委員会が直接この問題に関与し、利用者中心の制度改善を国に求めており、政府もこの問題に対する公論化の必要性に関しては異論がないように見える。このような韓国における利用者中心の支援体系をめぐる議論やこれに関する今後の政策動向などは、日本においても注目すべきところであると考ええる。

第3節 介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」に関する政策提言

1. 改善方策

これまでの議論を総合的に検討してみると、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係において顕在化している諸問題を解決するための方策としては、大きく下記の3つが挙

げられる。

第1、介護保険制度と障害者福祉制度の一元化

第2、介護保険サービスまたは障害福祉サービスを自由に選択できる仕組みの導入

第3、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整（補完調整）の法制化

まず第1は、現行の二元化されている介護保険制度と障害者福祉制度を一元化して運用する方策である。高齢者でも障害者でも、個々人の状況に応じて生活支援にかかわる適切な福祉サービスを必要とすることには大きな違いがない。そのゆえに、高齢者と障害者を区別せず、必要とする福祉サービスの種類や目的に応じて、統合的な福祉制度として運用することが想定できる。スウェーデンの社会サービス法のような支援体系は、その代表的な事例といえる。こうした一元的な支援体系が実現できれば、少なくとも、今のような高齢者福祉制度と障害者福祉制度における制度間調整に関する混乱は避けられる。ところが、この際には、財政的な側面で大きな選択の岐路に置かれることになる。その財源を保険方式にするか、または税方式にするかに関する選択であろう。現在の日本政府が想定している方向は、保険方式として障害者福祉制度を介護保険制度へ吸収統合することである。しかし、このような方策での制度統合は、介護保険制度の制定当時や改定当時の議論と大きく変わらない理由で、障害当事者だけでなく、国民的合意も得られないということは、これまでの経験から見ても明らかである。また、伊藤らの研究グループが提案している税を主な財源とする公的サービスとしての統合（総合福祉法）も、現時点では現実可能性が極めて少ないといえる。過去数十年にかけて進められてきた「自助→共助→公助」という基礎構造の理念に基づいた社会保障システムの流れは、大きな変革がない限り、これからも強力に推進されると考えられるためである。

それでは第2に、高齢者と障害者が、年齢に関係なく、個々人の福祉ニーズに応じて介護保険サービスあるいは障害福祉サービスを自由に選択できる仕組みを導入する方策について検討してみよう。サービスの選択が認められれば、基本的にサービスの連続性が確保されることは勿論、利用者のニーズの変化にも対応できることが想定可能である。ただし、サービスの選択権が保障される場合でも、現行の介護保険制度と障害者福祉制度の間には、保険方式と税方式という財政面での相違が残っており、応益負担と応能負担という自己負担方式にも相違が存在しているため、これらに対する制度間調整は重要な政策課題となる。

それでも、サービスの選択を可能とする制度間調整は、利用者側において確保されるべきサービスの連続性とニーズの充足の観点からは、最も効果的な方策であると考えられる。利用者中心のサービス支援体系の構築を近年の主な政策課題として掲げている韓国においては、サービス選択制の導入が現実とかけ離れた話とは言えない。しかし、この場合、供給者側が確保しようとする財政効果や効率性などで再び問題が提起されることも想定できる。特に、財政的な側面を強調しつつ、公的責任の縮小や福祉抑制を強力に推進している日本においては、新自由主義の下での社会保障システム改革の方向転換がなされない限り、サービスの選択を認める可能性は期待しにくいのが現実である。

そうすると、第3に考えられるのは、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における制度間調整（補完調整）を法制化し、全国一律にサービスの併用を利用者の権利として位置づける方策である。現行の介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係においては、介護保険優先原則というサービスの重複調整を行うことで、供給者側からの財政効果や効率性の確保が図られている。しかし、この重複調整により、利用者側から要求されるサービスの連続性とニーズの充足が確保されない問題が生じており、これらの問題を解決するためには両制度間の補完調整が必要となる。現時点では、このような両制度間の補完調整を通して、サービスの連続性とニーズの充足を最大限に確保することが、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐる諸問題を解決するための最も現実的な方策であるというのが、本研究の見解である。

2. 政策提言

最後に、上述の見解に基づいて、次に提示する4つの事項を、介護保険制度と障害者福祉制度との補完調整を具現化するための政策提言として取り上げる。

- 1 つ目、共生型サービスと高額障害福祉サービス等給付費制度の見直し
- 2 つ目、高齢障害者の特性を反映した認定基準の導入とサービス内容の拡充
- 3 つ目、各自治体におけるサービス支給決定システム及び支給決定プロセスの確立
- 4 つ目、このような補完調整を受給者の権利として位置づけるための法制化の推進

1 つ目、最近施行され始めた共生型サービスと高額障害福祉サービス等給付費の見直しの推進が必要である。これらの新制度は、介護保険優先原則（重複調整）に起因する諸問題の中でも、重点的に指摘されてきた制度移行による環境変化や自己負担の増加の問題への対応として、制度間調整により新設された補完調整に該当するものであるといえる。特に、これらの措置が従来とは違って、各当該法律の改正によって制度化されたことは大きな進展であると評価できる。ただし、施行の初期段階にもかかわらず、すでに是正が必要な諸課題が指摘されており、これに対する迅速な見直しが求められる。

具体的には、まず共生型サービスを通して、障害福祉サービス事業所が介護保険サービス事業所としても指定を受けられると、障害者が 65 歳に達して介護保険の対象に転換される場合であっても、従来から利用してきた事業所の継続利用が可能となる。しかし、言い換えれば、介護保険サービス事業所として指定を受けられない場合は、従来の事業所の利用ができなくなる可能性が残る。また、障害福祉サービス事業所の継続利用が可能になったとしても、介護保険サービスの対象として切り替えられることには変わりがない。つまり、介護スタッフの判断やケアマネジャーのサービス計画などにより、今まで受けてきたサービスの内容が変更される可能性もある。実際に現場では、相談支援専門員と介護支援専門員との情報共有や相互の制度理解が十分ではないという指摘も出されている。したがって、障害福祉サービスと介護保険サービスの両者について、制度や提供されるサービス内容などを支援者が十分理解し連携が取れるよう、体系的な研修体制と円滑な連携の仕組みを構築するのが重要な課題となる（玉山 2017：805）。

次に、高額障害福祉サービス等給付費では、対象要件から 65 歳に達する前日まで「5 年間」の規定をなくし、基本的に 65 歳になる前から障害福祉サービスを利用してきたすべての障害者を対象とする必要がある。また、要介護認定者だけでなく、要支援認定者までを含めて、その対象を拡大する必要がある。そしてもう一つ、主要な課題として挙げられるのが、給付費の支給方式の見直しである。現在の償還方式では、一時的にでも利用者の日常生活に支障を与える可能性がある。さらに、二見（2018：28）が指摘するように、償還を受けるためには一般的に当事者が直接領収証をもって市町村の窓口で申請する必要があることから、領収証の管理や申請手続きなど給付に関する本人の責任が強いられる恐れがある。これらの課題は、高額障害福祉サービス等給付費が新たな低所得者への支援策ではなく、介護保険優先原則という重複調整に起因する問題解決への補完調整に該当するものであるとすれば、迅速な見直しが求められる課題であるといえる。

2 つ目、サービスの支給決定に関しては、自治体の「適切な判断」に委ねられていることから、同じ状況であっても、どこに住んでいるかによって支給決定が変わる可能性があるため、現在の支給決定プロセスを改める必要がある。厚生労働省の実態調査でも確認されたように、多くの自治体において、障害の状況や特性などを優先とした支給決定が行われている。しかし、介護保険優先原則が強く働いている自治体においては、障害の状況やニーズとはかけ離れた支給決定が行われる場合も、多数の事例から確認されている。

この問題に関しては、まず自治体が介護保険を優先せざるを得ない現行の国庫負担基準を見直す必要がある。介護保険対象者に対する報酬の減額規定となっている障害福祉サービスに関する現行の国庫負担基準は、自治体の「適切な判断」による支給決定を妨げる主な原因となっている。また、多くの市町村において、国庫負担基準が事実上の支給量の上限となっている⁴³との指摘が出されていることから、現行の国庫負担基準を直ちに見直し、自治体がそれぞれの財政事情に揺れず、適切な支給決定の判断ができるようにする措置が求められる。なお、介護保険サービスと障害福祉サービスとの併用を実施する際に、自治体の負担能力を超える場合には、国が特別な国庫補助を行う補完的な措置も検討されるべきである。

そして、支給決定プロセスにおいては、日本障害者協議会の障害と高齢ワーキンググループの提言でも指摘されたように、担当課を明確にして責任の所在を明らかにし、障害者やその家族に正確な情報を提供することも重要な課題となる。また、専門家集団で構成される審査会の支給決定プロセスへ介入を義務化する必要がある。浅田訴訟においても、市審査会の意見を聴取せずに不支給決定を行ったことに対する問題提起が大きな争点となっていた。審査会の位置づけとしては、支給決定の検討だけではなく、当事者やその家族の納得が得られるような仲裁機関としての機能も求められる。

3 つ目、高齢障害者の特性を反映した要介護認定の改編と、サービスの内容に関する再検討が必要である。障害者福祉制度の対象から介護保険制度の対象に切り替えられる際に、サービスの併用が認められるとしても、要介護認定の結果により、各制度からの支給量が大きく変わる問題が指摘されうる。また、前出の事例からも確認した通り、現在の障害福祉サービスと介護保険サービスの間には、機能面では類似性があるものの、それぞれの目的の違いにより、サービスの内容で差が存在している。すなわち、介護保険サービスは勿

⁴³ 介護保険の対象に障害福祉サービスの支給決定をした場合、国庫負担基準額を超える金額は市町村が負担を強いられるため、自治体の財政事情によっては支給額の抑制が行われる可能性がある。

論、障害福祉サービスにおいても、高齢障害者の特性を反映したサービス内容の見直しを検討しないままでは、サービスの併用を保障しても、サービスの連続性が確保されるとは言い切れないのである。

したがって、まずサービスの移行や併用を行う際には、要介護認定の代わりに、従来のサービスの内容や高齢障害者の生活状況などを配慮して支給量を決定する新たなサービス判定基準の導入が求められる。なお、高齢障害者の特性を反映したサービス計画も重要な課題となる。65歳という高齢者の年齢基準に達しても、障害の特性は依然として変わらない。だが、将来的には、加齢に伴い介護ニーズは拡張される可能性がある。その際、障害と高齢という二重の特性を同時に持つ高齢障害者の特殊な事情に対する配慮がないと、サービスの漏れ落ちが発生することは明らかである。これに関しては、サービスの選択を求める場合であっても、障害者福祉制度においては、逆に障害者の加齢に対する再考が必要になることを指摘して置きたい。要するに、障害と高齢に対応する制度が二分化している現時点では、制度間の谷間に置かれている高齢障害者への配慮が要求されるべきであり、高齢障害者のニーズに対応できる各制度の補完調整による役割分担の検討が求められるのである。

4 つ目、これらの事項に関する法制化が必要である。最も重要なのは、上記の補完調整がサービス利用者の権利として実現されることである。振り返りになるが、現行の介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係においては、介護保険優先原則という重複調整を行うことで、供給者側からの財政効果や効率性の確保が図られた。しかし、この重複調整により、利用者側からはサービスの連続性やニーズの充足が確保されない問題が発生している。厚生労働省は通知や事務連絡などを通して、それらの問題への対応を図ったのだが、問題は、重複調整としての介護保険優先原則は支援法7条をもって法制化した反面、それに伴う問題を改善するための補完調整については法制化が行われなかったところにある。自治体によっては、厚生労働省の通知や事務連絡などを勘案して、サービスの併用を認める場合もあるが、それはあくまでも自治体の裁量判断であって、当事者の権利として認められているわけではない。

利用者のニーズの充足という観点から考えれば、障害者が介護保険への移行を拒否する背景には、単純に利用者負担の増加やサービス量の減少といった不利だけでなく、年齢によって福祉サービスの利用が制限される現状、つまり権利として福祉サービスが利用できない現実に対する絶望が根底に存在していると考えられる。したがって、基本的には重複

調整に並んで補完調整も法律上に位置させたいうえで、その実施については省令で定める一方、その具現化については地域資源や当事者が置かれている環境などを配慮しつつ、自治体の適切な判断を促す取り組みが求められる。

終 章 研究のまとめ

第1節 結論

本研究では、介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係における介護保険優先原則をめぐる問題の実態やそれにかかわる政策動向、関連議論などを確認した。また、これらの状況を理解するための理論的枠組みとして「制度間調整」概念を検討し、その在り方となる「制度間調整モデル」の構築を試みた。なお、問題解決に向けた介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整における課題を導出し、それに対する政策提言を行った。その結論をまとめると、以下の通りである。

日本では、介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整として、介護保険優先原則（重複調整）が適用されている。これにより、従来から障害福祉サービスを利用しながら自立生活を維持してきた障害者が65歳になると、介護保険サービスに移行され、サービス量の減少、利用者負担の増加、環境の変化への不適応問題など、さまざまな不利を経験することになる。この問題に対して厚生労働省は、通知や事務連絡などを通じて、各自治体が介護保険優先原則に基づく一律的なサービスの移行を推進することではなく、適切な判断の下で障害者の状況やニーズに応じたサービスが支給されるように勧告している。

しかし、このような厚生労働省の措置は、法的拘束力を持たない技術的な助言に過ぎず、むしろ介護保険制度の対象となる高齢障害者に障害福祉サービスを支給する場合は、国庫負担基準額を減額する仕組みを設けることで、自治体の適切な判断を制限し、介護保険を優先するように誘導しているのが現状である。また、介護保険優先原則を定める支援法7条の規定の内容も曖昧であるため、自治体によっては異なる法律の解釈が行われ、サービス利用者の自立生活に悪影響をもたらしていることが実態調査や多数の事例を通して明らかとなっている。特に、その代表的な事例である浅田訴訟の訴訟過程では、国や自治体が介護保険優先原則の対象となる「相当するサービス」に関する十分な検討を尽くさないまま、介護保険優先原則の下で介護保険制度へのサービス移行を強制に推進してきたため、サービスの連続性や利用者のニーズが損なわれている現状が確認された。

ところで、このような介護保険優先原則が適用されている背景を理解するための理論的アプローチとして、制度間調整の概念について検討を行った。この検討過程では、これま

で具体的に議論されてこなかった福祉サービスにおける重複と漏れ落ちという概念の検討も同時に行われた。その結果、介護保険制度と障害者福祉制度との重複調整としての介護保険優先原則を法制化することで、供給者側からは財政効果や効率性の確保が図られたのに対し、利用者側では、この重複調整によりサービスの連続性や利用者のニーズが確保されない漏れ落ちが発生している現状が、介護保険優先原則をめぐる諸問題の原因として取り上げられた。そして、その重複調整に起因するサービスの漏れ落ち問題に対応するための制度間の補完調整が、問題改善のための課題として導出された。

これらの検討結果を踏まえつつ、近年の日本で進められている関連議論や政策動向に加え、類似する問題状況を経験している韓国の事例を比較的観点から検討し、現行の介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整における政策課題について考察を行った。そして最終的に、①利用者負担の増加や環境の変化への不応問題の改善のため、現在施行されている共生型サービスと高額障害福祉サービス等給付費制度の見直しを検討すること、②サービスの量と質の低下問題の改善のため、介護保険制度や障害者福祉制度における高齢障害者の特性を反映した認定基準とサービス内容の拡充を図ること、③支給決定における地域間の格差を最小化するため、各自治体においてサービス支給決定システムおよび支給決定プロセスを確立すること、④このような「補完調整」を利用者の権利として位置づけるための法制化の推進といった4つの事項を、問題改善に向けた介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整に関する政策提言として提示した。

介護保険優先原則の問題に直・間接的に取り組んでいる伊藤（2016）、山崎（2017b）などは、最近介護保険優先原則による諸問題への対策として導入された共生型サービスや高額障害福祉サービス等給付金などの新制度（本研究で補完調整として捉えている制度間調整措置）が、介護保険優先原則を強化し固定化する措置にほかならないと強く批判している。本研究は、こうした意見を否定する立場ではない。むしろ、伊藤らが主張する高齢者と障害者の支援システムを一元化し、国の責任の下で利用者の権利性を保障しようとする「総合福祉法」の実現の一助としたいというのが、本研究の立場である。

一方で、それらの新しい制度間調整措置を少し異なる角度から見ると、国の適切な介入を求めることで、すべての責任を自治体に転嫁してきた流れに歯止めをかけて、介護保険優先原則を緩和または流動化させる方向へ一歩を踏み出したという評価も可能ではないか、というのも本研究の見解である。とくに、このような措置が障害当事者やその家族、支援者の持続的な働きかけによる成果であるという見解には異論がないと考える。

最後になるが、鈴木（2013：132）は「提言とは、現行制度が当事者・家族の暮らしとの間で深刻なミスマッチを引き起こしている現状をふまえて、改革課題を鮮明にして体系的に示す点に役割があり、それを正確に描くことができれば、改革を求める国民運動に力を与える」と指摘している。その意味で、介護保険優先原則をめぐる問題の原因を制度間調整という政策的・理論的概念の再検討を介して説明し、その理論的枠組みに基づいて具体的な政策課題を示したところに、本研究の意義がある。なお、社会保障の機能や役割の縮小が強力に進められている状況の中で、実質的なサービス利用者やその家族が安定した生活を営む権利を確保できるような社会保障システムへの回帰に向けた「段階的な取り組み」の過程として、本研究を位置づけたい。

伊藤（2009：33）が指摘するように、現在日本で進められている新自由主義的な社会保障改革は、高齢者や障害者だけではなく、多くの国民にも今以上に生活の不安と破壊をもたらす恐れがある。そのゆえに、「生活の安定や社会保障の充実を求める運動は、今後、多くの国民の共感と協力を得られる可能性が高い」し、したがって当事者や関係者のみならず、多くの国民に現状を分かりやすく知らせることで、運動の広がりを図りつつ政治的争点にしていく取り組みは必要不可欠である、という主張は説得力があると考ええる。このような現状を踏まえて、社会政策研究においては、より多様な観点から、さらなる学術的研究の蓄積が求められていることを改めて強調しておきたい。

第2節 本研究の限界と今後の課題

ここまで、年齢に関係なく、障害者福祉制度から継続的にサービスの利用を希望している障害者のニーズに沿って議論を進めてきた。一方、基本的には所得保障や医療保障、就労支援に対するニーズが強い障害者の場合であっても、加齢につれて介護サービスや家事支援サービス、生活施設サービス、補装具の普及などといった介護に係るニーズが増加する傾向も報告されている（ビヨンほか2006：210）。つまり、高齢障害者の場合、障害による生活支援とともに、加齢に伴う介護ニーズに対する対応についても同時に考えなければならない。そのため、現在の介護保険制度が、障害と高齢を共に経験している高齢障害者の福祉ニーズに、どの程度適合した制度になっているかを評価し、障害者福祉制度との整合性を考慮しつつ、総合的な観点から検討を進めていくことは、これからの福祉政策において重要な課題になりうる。

また、高齢者であっても、障害の特性に応じて経験する困難がそれぞれ異なるため、これらの個々の特性が地域社会における福祉サービスに十分反映されているかを、継続的な議論を重ねつつ検討していく必要がある。最近、浅田訴訟を契機として、各自治体によっては、関連問題に関する実態の把握が行われており、さらには実態調査の結果に基づいて、その対策に関しても議論を進め始めている⁴⁴。しかしながら、いまだに多くの地域では、高齢障害者の生活実態の把握はもちろん、どのようなサービスをどのように提供すべきなのかについての議論さえ行われていないのが現実である。なお、これらの議論が進められるとしても、地域のみにその対策を求めることには、財政、主体調整、人材確保等等、多様な側面から相当な困難が予想される。とくに、介護保険制度と障害者福祉制度の成立段階から持続的に指摘されてきた障害者の「自立支援」の理念と、介護保険サービスの目的や給付内容との間に存在している食い違いに関しては、国を主体とする公論化過程を通した社会的合意を必要とする。

障害と高齢という2つのリスクが共存することで発生しうる生活上の問題は、様々な形で現れることが想定できる。そのため、これらに対する政策的対応は福祉サービスに限定されない。したがって、長期的には障害と高齢による多様な生活問題を視野に入れた総合的な支援システムへの再編を必要としているといえる。換言すれば、障害と高齢をめぐる議論は、障害者や高齢者だけでなく、誰もが経験する可能性がある「ケアが必要な状態」をどのように診断し、どのような制度体系の中で対応していくのか、また、限られている資源の中で、どの程度のサービスを提供することが適切であるのかという、福祉政策をめぐる本質的な課題を投げかけている。すでに社会福祉サービスは、特殊な条件に合致する社会的弱者と呼ばれる対象に限定されず、市民一人ひとりの多様な生活問題に対応しようとする普遍的なサービス体制として拡大しており、これにより、多岐にわたる社会政策が成立または再編されている。国ごとに様々な形態での変革が行われているところではあるが、このような潮流は、世界的に見ても共通の文脈で理解されていると考えられる。

このような時代の流れの中、本研究では、特に「高齢化した障害者」という特殊な状況に直面していながらも、障害者と高齢者をそれぞれの対象としている現行制度間の谷間に置かれている高齢障害者の現状に着目し、その現状を改善するための政策的・理論的アプ

⁴⁴ 例えば、京都市障害者自立支援協議会の介護保険部会では、今年度（2019年）に数回の会議を重ねつつ、障害者の介護保険におけるホームヘルプサービス利用に係る京都市の制度運用について報告書（案）をまとめており、また、高齢障害者の通所サービス利用等に関する調査を行い、その結果を報告している。

ローチを試みた。日本における介護保険制度と障害者福祉制度との適用関係をめぐるこれまでの実質的な政策アジェンダは、財政効果とサービス提供の効率性を確保するための方策を模索することであった。サービス提供の効率性を高めることで、財政効果を期待できる方策を模索することは、政策の持続可能性を考える際に最も重要な課題であることは否定できない。ところが、サービス提供の効率性は、単純に機械的な制度体制の改編を越えて、各制度の関係をどのように整理して複雑で多様化している利用者のニーズに対応していくのかという工夫が不可欠であるにもかかわらず、これに関する議論が非常に希薄であったのも事実である。

こうした問題意識から始まった制度間調整という政策理論に関する試論的研究は、それ自体で様々な研究課題に挑戦する機会を提供するところで大きな意義を持つと考える。失業や貧困、障害、高齢化、少子化など、人口構造の急変に伴う複雑で多様化している生活問題に応じて、社会保障や福祉制度へのニーズがますます高まることにより、既制度の改正や新制度の導入、制度間関係の再編なども急速に進められている。こうした中で、それぞれの制度をどのような根拠や基準をもって有機的に調整していくのかに関する理論的検討や、これに対する継続的な評価及び再検討などは、社会政策研究分野において主要な研究課題となるだろう。

ただし、前述したように、限定されている資源の中で、誰が、どの程度のサービスを提供することが適切であるのかという本質的な課題について、深く考察できなかったことは、本研究の限界として残る。多様化している福祉ニーズに対して、誰がケアを主に担当するかについては、これからの日本社会において非常に重大な問題になることが予想される。「自助→共助→公助」を核心的な理念に掲げて社会保障改革を推進している現時点は、福祉サービスの適切な供給線を導出しても、これらを保障する国の責任を中核的な位置に転換させることは期待し難いためである。

そうすると、まず現段階において、どこまで個人や家族が一次的なケアの責任を負うべきなのかについての議論は、これ以上先送りできない重要な課題である。また、このような議論は、性役割に関する争点、非公式的なケア労働に関する争点、給付を現金で提供するか現物で提供するかというサービス形態に関する争点、ケアサービスの提供主体と関連した国と地方と市場との役割分担に関する争点等等、様々な争点と噛み合っている事案でもある（チェほか 2014：280）。これらは、本研究の領域を超える課題であったが、今後、社会保障本来の目的を達成するための望ましい政策体制への回帰のためにも、社会福祉あ

るいは社会政策の研究者として避けられない研究課題であると考えてる。これらを踏まえて、これからも多様な経験と知識を重ねながら、より精緻な研究を進めていきたい。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、指導教員の佛教大学大学院社会福祉学研究科朴光駿先生には、佛教大学での留学生活をはじめ、修士課程から博士課程まで7年間にわたって、終始温かい激励とご指導ご鞭撻を頂きました。朴光駿先生の多大なるご支援と励ましのおかげで、博士論文の提出が実現できました。心より感謝申し上げます。

鈴木勉先生、横山壽一先生、加美嘉史先生、藤松素子先生をはじめ、佛教大学大学院の多くの先生方からも、研究に際して丁寧なご指導を頂きました。心より感謝申し上げます。そして、先輩の石岡常久様、同期の千恵蘭様をはじめ佛教大学大学院先輩・後輩の存在は大きな励みとなりました。心より感謝申し上げます。博士論文の日本語をチェックして頂いた先輩の小林美津江様には、改めて感謝申し上げます。

本研究に関連する集会参加や資料収集などの調査にあたっては、「浅田達雄さんを支援する会」事務局長吉野一正様と岡山中庄架け橋法律事務所呉裕麻弁護士にご協力を頂いたことをここに記すとともに、感謝の意を表します。「浅田訴訟」に携わった皆様のご協力がなければ、本研究を博士論文の形にすることはできませんでした。重ねて感謝申し上げます。

また、博士論文作成を進めるにあたり、大谷大学社会学科中野加奈子先生、濱中祐様、丁春燁様をはじめ孔研究会の皆様には、数多くの貴重なご助言と激励を賜りましたことをここに記すとともに、心より感謝申し上げます。そして、研究を進めるにあたり、ご支援、ご協力を頂きながら、ここにお名前を記すことが出来なかった多くの方々にも心より感謝申し上げます。

研究と仕事の両立においても、多くの方々の激励と支援を頂きました。在学中に教育現場に関わることを可能として頂いた花園大学臨床心理学科藤井渉先生、佛教大学公共政策学科全炳昊先生に心より感謝申し上げます。また、県立広島大学人間福祉学科志賀信夫先生には、同世代の研究者として様々の刺激と示唆を得ることができました。感謝の意を表します。

最後になりますが、いつも心の支えになってくれた韓国の家族、友人、先生、先輩・後輩に心から感謝します。そして、韓国での仕事を辞め三十路を過ぎてからの留学を快く承諾し、どのような状況においても自分の立場と一緒に頑張ってくれた妻と、日本で生まれて元気に育っている2歳の息子に心から感謝します。

参考文献

[日本語文献]

- ・みずほ情報総研株式会社 2016「障害者の介護保険サービス利用等に関する実態調査」(2015 年度障害者支援状況等調査研究事業報告書)
- ・伊原木隆太 (審査庁岡山県知事)「裁決書」(平成 25 年 7 月 3 日)
- ・伊藤周平 2009「社会保障改革と高齢者・障害者の権利保障:改正介護保険法と障害者自立支援法の問題を中心に (〈特集〉社会保障改革の政治経済学—社会政策学会第 115 回大会共通論題)」『社会政策』1 (2)、22-33
- ・伊藤周平 2013「障害者・高齢者総合福祉法の構想と概要—権利としての総合福祉法の実現をめざして」障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして「提言」障害者・高齢者総合福祉法』かもがわ出版、56-70
- ・伊藤周平 2016「障害者総合支援法の改正とその問題点 (特集 障害者総合支援法改正と自治体の役割)」『住民と自治』643、6-11
- ・井上英夫, 藤原精吾, 鈴木勉, 井上義治, 井口克郎 2017『社会保障レボリューション—いのちの砦・社会保障裁判』高菅出版
- ・永和良之助, 坂本勉, 福富昌城 2009『高齢者福祉論』ミネルヴァ書房
- ・岡山地方裁判所第 2 民事部「平成 25 年(行ウ)第 16 号行政処分取消等請求事件陳述書」(平成 28 年 8 月 31 日)
- ・岡山地方裁判所第 2 民事部「平成 25 年(行ウ)第 16 号行政処分取消等請求事件判決」(平成 30 年 3 月 14 日判決言渡)
- ・岡山地方裁判所第 2 民事部「平成 25 年(行ウ)第 16 号行政処分取消等請求事件判決要旨」(平成 30 年 3 月 14 日判決言渡)
- ・岡部耕典 2006『障害者自立支援法とケアの自律—パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』明石書店
- ・岡部耕典 2010『ポスト障害者自立支援法の福祉政策:生活の自立とケアの自律を求めて』明石書店
- ・荻原康一 2015a「介護保険優先原則をめぐる近年の動向と政策課題:運動の生起と自治体運用の問題を中心に」『立命館産業社会論集』51(1)、193-213
- ・荻原康一 2015b「障害者福祉と高齢者福祉の近接政策における課題と展望—利用者負担

と社会保険、政府間関係に関する考察を中心に― 鷺谷徹編『変化の中の国民生活と社会政策の課題』中央大学出版部、23-55

- ・岩井亜紀 2018「重度障害者 再び勝訴 高裁岡山支部 福祉 65 歳打ち切りは違法介護保険優先原則 岡山市の処分批判」『しんぶん赤旗』2018 年 12 月 14 日 (https://www.jcp.or.jp/akahata/aik18/2018-12-14/2018121401_04_1.html、最終アクセス：2019. 7. 16)
- ・吉野一正 2013「「65 歳」の障壁による新たな障害発生と介護問題：浅田達雄さんのたたかいから（特集 障害者は介護保険では生きていけない）」『月刊ゆたかなくらし』（37 9）、30-35
- ・吉野一正 2018「【今月のテーマ】浅田訴訟の経過と勝利の意義と課題」『ニュースナビ』2018 年 7 月号、2-3
- ・吉野一正 2019「浅田訴訟勝訴の意義と岡山市行政のその後[広島高裁岡山支部 2018. 12. 13 判決]」『福祉のひろば』230、48-53
- ・玉山和裕 2017「障害者の介護保険サービス利用等に関する実態と支援の在り方（特集「65 歳の壁」を越える：障害福祉サービスと介護福祉サービスの連携）」『保健師ジャーナル』73（10）、801-806
- ・経済企画庁「新経済社会 7 カ年計画」（昭和 54 年 8 月）
- ・呉裕麻，古謝愛彦，光成卓明（審査請求人代理人弁護士）「再反論書」（平成 25 年 5 月 27 日）
- ・呉裕麻，古謝愛彦，光成卓明（審査請求人代理人弁護士）「審査請求書」（平成 25 年 3 月 27 日）
- ・呉裕麻，古謝愛彦，光成卓明（審査請求人代理人弁護士）「反論書」（平成 25 年 5 月 9 日）
- ・厚生省「高齢者保健福祉推進十か年戦略（平成 11 年度までの十か年の目標）」（平成元年 12 月）
- ・厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長、厚生大臣障害保健福祉部障害福祉課長通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」（平成 12 年 3 月 24 日障企第 16 号・障障第 8 号）
- ・厚生労働省「重度訪問介護の現状等について」（障害者の地域生活の推進に関する検討会 第 1 回、平成 25 年 7 月 26 日資料 5）
- ・厚生労働省「障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国（厚生労働省）との基本合

意文書」(平成 22 年 1 月 7 日)

- ・厚生労働省「障害福祉サービス等の現状」(社会保障審議会障害者部会第 50 回、平成 25 年 7 月 18 日資料 2)
- ・厚生労働省 2015「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果」
- ・厚生労働省ホームページ、「医療保険制度体系の見直し」(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/taikou05.html>、最終アクセス：2019.9.4)
- ・厚生労働省社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成 28 年 12 月 9 日)
- ・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課、障害福祉課事務連絡「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」(平成 27 年 2 月 18 日)
- ・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成 19 年 3 月 28 日企発第 0328002 号・障発第 0328002 号)
- ・厚生労働省障害保健福祉部「新たな障害保健福祉施策と介護保険との関係整理」(社会保障審議会障害者部会 20 回、平成 16 年 11 月 12 日資料 3)
- ・広島高等裁判所岡山支部第 2 部「平成 30 年(行コ)第 7 号行政処分取消等請求控訴事件判決」(平成 30 年 12 月 13 日判決言渡)
- ・三橋恒夫 2013「介護保険優先原則の問題点～私の体験から～」『月刊ゆたかなくらし』(379)、24-29
- ・山下利恵子 2018「共生型サービス創設についての一考察：介護保険制度と障害福祉制度の改正を通して」『福祉社会学部論集』37 (3)、38-48
- ・山崎光弘 2013「介護保険優先原則の問題点～障害福祉制度と介護保険制度の併給・選択の運用実態から制度的欠陥を考える～」『ゆたかなくらし』379、18-23
- ・山崎光弘 2017a「介護保険優先原則問題の現在～なぜ障害者は介護保険制度を問題にするのか～」『ゆたかなくらし』422、4-9
- ・山崎光弘 2017b「高齢障害者の負担軽減策に係る諸問題点(特集 2018 年度〔平成 30 年度〕予算編成に係る財務省資料と障害福祉の報酬改定検討状況)」『月刊障害者問題情報』411、86-89

- ・ 社会福祉事業等の在り方に関する検討会「社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）」（1997 年 11 月 25 日審議会議事録）
- ・ 首相官邸ホームページ、第 2 回未来投資会議「総理の一日」2016 年 11 月 10 日 (http://www.kantei.go.jp/jp/97_abe/actions/201611/10mirai_toshi.html、最終アクセス：2019. 8. 17)
- ・ 舟橋訴訟を支援する会・舟橋訴訟弁護団 2015「ケアマネ相談支援員必読！65 歳になっても障害福祉サービスは使えるよ！—舟橋一男さんの取り組みから」
- ・ 小泉貴人 2016「高齢障害者支援について」『ノーマライゼーション障害者福祉』36（420）、10-11
- ・ 障害者生活支援システム研究会 2013『権利保障の福祉制度創設をめざして「提言」障害者・高齢者総合福祉法』かもがわ出版
- ・ 障害者対策推進本部「障害者プラン—ノーマライゼーション 7 か年戦略」（平成 7 年 12 月）
- ・ 障害者対策推進本部「障害者対策に関する新長期計画～全員参加の社会づくりをめざして～」（平成 5 年 3 月）
- ・ 障全協新聞「総合支援法第七条は二重給付を回避するためのもの！浅田訴訟の成果を制度改善に！—障全協、介護保険優先原則問題で厚生労働省と懇談」2019 年 2 月 15 日、No. 500
- ・ 神野直彦 2018「（連載 1）「地方財政講座」第 3 回—政府間財政関係と財政調整」『国際文化研修』98
- ・ 身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会合同企画分科会「今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）」（平成 9 年 12 月 9 日審議会議事録）
- ・ 身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会合同企画分科会「今後の障害保健福祉施策の在り方について」（平成 11 年 1 月 19 日付報道発表資料）
- ・ 身体障害者福祉審議会「今後の身体障害者施策の在り方について」（平成 11 年 1 月 25 日付報道発表資料）
- ・ 西村直 2015「介護保険優先原則による利用者への影響調査の結果（特集 障害者「六五歳（介護保険優先）問題」：障害者権利条約実現への道〔その 5〕）」『賃金と社会保障』

1630、41-46

- ・西日本新聞 2017「65 歳問題 高齢障害者に「障害福祉」が「介護保険」へ 負担増や内容変更の影響も」2017 年 3 月 23 日 (<https://www.nishinippon.co.jp/item/n/316527/>、最終アクセス：2019.8.17)
- ・千葉県社保協「障害者を 65 歳で差別する“介護保険優先原則”は違憲」『千葉県社保協通信』No6、2016 年 10 月 18 日号
- ・大蔵，厚生，自治 3 大臣合意「高齢者保健福祉推進 10 か年戦略の見直しについて（新ゴールドプラン）」（平成 6 年 12 月 18 日）
- ・中央児童福祉審議会「今後の知的障害者・障害児施策の在り方について」（平成 11 年 1 月 25 日付報道発表資料）
- ・中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」（平成 10 年 6 月 17 日付報道発表資料）
- ・中島素美[聞き手]2014「介護保険優先原則は認められない—訴訟に踏み切った浅田達雄さんに聞く」『福祉のひろば』171、30-37
- ・藤岡毅 2015「六五歳以上障害者の『介護保険優先原則』が生み出す権利侵害（特集障害者「六五歳（介護保険優先）問題」：障害者権利条約実現への道〔その 5〕）」『賃金と社会保障』1630、4-28
- ・内閣府 2018『平成 29 年度障害者施策の概況』
- ・二見清一 2017「高齢障害者をめぐる政策動向：介護保険優先問題を中心に（小特集 高齢者・障害者の貧困・孤立と政策動向）」『公的扶助研究』246、26-29
- ・日本障害者協議会 2013「介護保険優先原則に関する提言（特集 障害者は介護保険では生きていけない）」『月刊ゆたかなくらし』379、36-43
- ・浜田勇 2016「障害者総合支援法等改正案の議論と今後の課題—障害者総合支援法施行後 3 年の見直し」『立法と調査』No. 379、105-117
- ・平部康子 2012「介護・障害給付における所得・福祉サービス保障の制度間調整」『豊かな高齢社会の探究 調査研究報告書』20
- ・峯村芳樹 2006「高齢者介護と障害者福祉の関係に関する視点（特集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向）」『海外社会保障研究』154、4-15
- ・味の素健康保険組合ホームページ、「前期高齢者医療制度」（<https://www.kenpo.gr.jp/ajinomoto-kenpo/contents/sikumi/zenki-k/index.htm>、最終アクセス：2019.9.4）

- ・鈴木勉, 植田章 2006『現代障害者福祉論』高学出版
- ・鈴木勉 2013「あとがき」障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして「提言」障害者・高齢者総合福祉法』かもがわ出版、132-134
- ・高谷茂男（処分庁岡山市長）「再弁明書」（岡中区福第 271 号、平成 25 年 5 月 17 日）
- ・高谷茂男（処分庁岡山市長）「弁明書」（岡中区福第 150 号、平成 25 年 4 月 24 日）

[韓国語文献]

- ・イ・ガン 2013「老人長期療養保険制度と障害者活動支援制度との統合可能性」『韓国老年学研究(Korean Journal of Research in Gerontology)』Vol.22、187-212
- ・イ・ジョンラン 2019「障害者活動支援制度と老人長期療養保険制度の改善法案の模索：高齢障害者を中心に」『人文社会 21(The Journal of Humanities and Social science)』Vol.10 No.2、1212-1222
- ・イ・スヨン, シン・ウンギョン, キム・ヨンジン, オ・ユンジ, キム・テヨン 2017『2017 年障害統計年報』韓国障害者開発院
- ・イ・マンウ, キム・ヨンス 2013『福祉事業の「重複」と「漏れ落ち」の現況と課題』国家立法調査処懸案報告書 193
- ・ガル・ホンシク 2016「65 歳以上の障害者活動支援 0 時間、歳を取ったとして‘高麗葬’するか」『BeMinor』2016 年 11 月 18 日 (<http://beminor.com/detail.php?number=10334>、最終アクセス：2019.8.17)
- ・ガン・ヘギュ, チョン・ホンウォン, ハム・ヨンジン, クォン・ソイル, キム・ジミン, オ・ダウン, ミン・ジンア 2015『地方自治団体-中央政府 福祉事業の類似・重複の実態分析及び調整法案研究』韓国保健社会研究院政策報告書 2015-22
- ・キム・セジン 2017「障害老人ケアの政策導出：老人長期療養保険制度と障害者活動支援制度の関係を中心に」『保健福祉フォーラム(Health and welfare policy forum)』Vol.250、67-77
- ・キム・ソンヒ, イ・ソンヒ, ノ・スンヒョン、チョン・イルギョ 2011『障害老人のサービス連携法案の研究』韓国保健社会研究院
- ・キム・ソンヒ, クォン・ソンジン, カン・ドンウク, ノ・スンヒョン、イ・ミンギョン, イ・ソンヒ 2012『需要者中心の障害者福祉政策の開発のための研究：2011 年の障害者実態調査の深層分析』韓国保健社会研究院

- ・キム・チャンウ 2015「高齢障害者の概念定立と福祉ニーズの比較を通じたケアサービス政策方向の設定に関する考察」『批判社会政策』No. 46、164-200
- ・クォン・オギョン 2008「障害老人の生活の質の決定要因に関する研究」『老人福祉研究』39、7-32
- ・クォン・ミヒョク 2016「障害者活動支援1等級の半分以上が老人長期療養等級外に判定」『民主党報道資料』2016年9月26日 (http://theminjoo.kr/inspectionDetail.do?nt_id=16&bd_seq=55720、最終アクセス：2019.9.17)
- ・ゴ・ヒジン, キム・ドンソン 2019「65歳障害者は単純に老人？‘活動支援除外’にリレーハンスト」『京郷新聞』2019年8月26日 (http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201908262201005、最終アクセス：2019.9.17)
- ・スンヒョン, イ・ヘスン 2012「老人長期療養体系のサービス連携性分析」『韓国行政学報』46(4)、137-155
- ・チェ・ヨンジュン, キム・ジュリ, イ・スンジュン, チェ・ヘジン 2014「「重複と漏れ落ち」談論の再構造化—成人ケアサービスの事例」『韓国政策学会報』23(1)、257-283
- ・パク・ウレ 2019「人権委、‘障害者、65歳になっても活動支援サービス維持されるべき’—国会議長に障害者支援法、老人長期療養法の改正を勧告」『連合ニュース』2019年8月26日 (<https://www.yna.co.kr/view/AKR20190826025500004>、最終アクセス：2019.9.17)
- ・パク・ジョン 2009「＜企画＞年内、障害者長期療養保険モデル事業を推進」『Ablenews』2009年5月15日 (<http://ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0036&NewsCode=003620090511123530379625>、最終アクセス：2019.9.17)
- ・ビョン・ヨンチャン, キム・ソンヒ, ユン・サンヨン, クォン・ソンジン, チョ・フンシク, チョ・ソンヨル, カン・ジョンクォン, チェ・スンヒ 2006『生涯周期別障害者の福祉ニーズの分析研究』韓国保健社会研究院
- ・ヤン・ヒテク, シン・ウォンウ 2011「障害のある老人の特性に関する研究：高齢化した障害と加齢に伴う障害の比較を中心に」『老人福祉研究』52、255-278
- ・ユン・ギョンア, イ・ユンファ, イ・イクソプ 2000「障害老人の社会福祉サービスニーズに関する研究」『韓国老年学』20(3)、77-91
- ・韓国統計庁 2014『2014 高齢者統計』(http://kostat.go.kr/assist/synap/preview/skin/doc.html?fn=synapview330349_3&rs=/assist/synap/preview、最終アクセス：2019.

9. 18)

- 韓国統計庁 2018 『2018 高齢者統計』 (http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=370779、最終アクセス：2019. 9. 18)
- 韓国保健福祉部 2018 『65 歳以上の高齢層登録障害者の増加推移持続—2018 年登録障害者統計発表』 (http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=349094、最終アクセス：2019. 9. 18)
- 孔栄鍾, 呉世榮 2018 「日本における介護保険制度と障害者福祉制度の制度間調整に関する考察—介護保険優先原則をめぐる問題状況と韓国への示唆」『批判社会政策』第 61 号、7-50
- 国家人権委員会 2016 「障害者の自立支援のための障害者活動支援制度の改善勧告」 (<https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?currentPage=6&menuid=001004002001&pagesize=10&boardtypeid=24&boardid=613324>、最終アクセス：2019. 9. 18)
- 国家人権委員会 2017 「65 歳以上の障害者活動支援と老人長期療養の選択権保障への人権委勧告…保健福祉部が受入不可を表明」 (<https://www.humanrights.go.kr/site/program/board/basicboard/view?menuid=001004002001&pagesize=10&boardtypeid=24&boardid=7601836>、最終アクセス：2019. 9. 18)
- 朴光駿 1999 「日本の介護保険導入と関わる制度間調整に関する研究」『社会保障研究』15(2)、113-145